

Samhandlingsreformen

*En studie av samhandlingsreformens
intensjoner og tilgjengelige virkemidler*

Elisabeth Kaasa



Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November 2011

Samhandlingsreformen

En studie av samhandlingsreformens intensjoner og tilgjengelige virkemidler

Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Elisabeth Kaasa
November 2011

© Elisabeth Kaasa

2011

Samhandlingsreformen. En studie av samhandlingsreformens intensjoner og tilgjengelige virkemidler.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copycat, Forskningsparken i Oslo

Sammendrag

Dette er en studie av samhandlingsreformen og sammenhengen mellom helsepolitiske mål og virkemidler i reformen. Denne studien tar sikte på å gi et helhetlig bilde av reformen. Studien er lagt opp som en dokumentstudie med en fortolkende tilnærming. Det finnes mye skriftlig materiale om samhandlingsreformen både fra helsemyndighetene og fra andre kilder.

Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (2008-2009) og ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2011) er sammen med nye lover og forskrifter som følger av samhandlingsreformen vurdert som de grunnleggende dokumentene i denne studien.

Samhandlingsreformen implementeres 1. januar 2012. Vi har ikke empiri som kan fortelle oss hvordan reformen kommer til å virke. For mange kan samhandlingsreformen se ut som et kaos av virkemidler og tiltak. Med utgangspunkt i dette kaotiske bildet kan en forstå at det er vanskelig å forutse samhandlingsreformens effekt. Mange har sett på deler av reformen for å kunne gjøre antakelser om hvordan reformen vil kunne utvikle seg. Denne studien tar sikte på å skape et helhetlig overblikk over reformen. Ut fra valgte teoretiske og ideologiske tilnærminger gjøres det antakelser om hvordan samhandlingsreformen vil påvirke framtidens helsetjeneste.

Det er i studien argumentert for at samhandlingsreformen vil forme framtidens helsetjeneste. De helsepolitiske målene vil stå som fyrtårn som viser vei for utviklingen. Helheten i tiltakene vil føre til at vi vil besvare pasientens behov for koordinerte helsetjenester bedre. Innsatsen for å begrense og forebygge sykdom vil øke. I den grad samhandlingsreformen lykkes med å nå disse to målene, vil vi også lykkes med målet om en mer bærekraftig økonomi.

Samhandlingsreformen er beskrevet både som en retningsreform og en forvaltningsreform. Samhandlingsreformen er langt mer enn flytting av pasientbehandling fra sykehus til kommune og nye finansieringsordninger. Samhandlingsreformen handler om å tenke nytt og å gjøre tingene på en ny måte. Dette utfordrer både verdigrunnlag og tankesett i befolkningen, hos pasienter og hos helsepersonell.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Presentasjon av studiens problemstilling.....	3
1.3	Oppgavens oppbygning	6
2	Metode.....	7
3	Det teoretiske og ideologiske grunnlaget	10
3.1	Samhandlingsreformen.....	10
3.1.1	Klarere pasientrolle	12
3.1.2	Ny framtidig kommunerolle.....	13
3.1.3	Etablering av økonomiske insentiver	13
3.1.4	Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse	14
3.1.5	Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer	14
3.2	Presentasjon av valgte teoretiske og ideologiske tilnærminger.....	15
4	Samhandlingsreformen.....	17
4.1	Grep 1: Klarere pasientrolle	17
4.1.1	Den tradisjonelle pasientrollen.....	17
4.1.2	Den nye pasientrollen.....	18
4.1.3	Empowerment som mestringsstrategi	20
4.1.4	Den digitale pasient.....	21
4.1.5	Oppsummering grep 1	22
4.2	Grep 2: Ny framtidig kommunerolle	22
4.2.1	Dagens kommunerolle.....	23
4.2.2	Ny framtidig kommunerolle.....	24
4.2.3	Forståelse av forholdet mellom kommunal organisering og statlig styring som rammeverk.....	25
4.2.4	Kommunale utfordringer.....	30
4.2.5	Oppsummering grep 2.....	32
4.3	Grep 3: Etablering av økonomiske insentiver	33
4.3.1	Dagens finansieringsordninger.....	33
4.3.2	Endringer i finansieringsmodell som følge av ny ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune	34

4.3.3	To tilnærminger for å vurdere de økonomiske insentivene.....	35
4.3.4	Kommunenes medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.....	37
4.3.5	Kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter	40
4.3.6	Oppsummering grep 3	42
4.4	Grep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse	42
4.4.1	Dagens spesialisthelsetjeneste.....	42
4.4.2	Krav til spesialisthelsetjenesten	43
4.4.3	Organisasjoners utvikling og koordineringsmekanismer	45
4.4.4	Sentralisering, standardisering og spesialisering	47
4.4.5	Oppsummering grep 4	49
4.5	Grep 5: Tilrettelegge for tydelige prioriteringer	49
4.5.1	Prioriteringssignaler i dagens helse- og omsorgstjeneste.....	49
4.5.2	Samhandlingsreformens føringer for prioritering	51
4.5.3	Pasientforløp som grunnlag for tydeligere prioriteringer.....	53
4.5.4	Oppsummering grep 5	54
5	Framtidens helsetjeneste	55
6	Konklusjon	59
	Litteraturliste	62

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

”Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid” ble lagt fram 19. juni 2009 og godkjent i Statsråd samme dag.

Samhandlingsreformen er fulgt opp med ny helse- og omsorgstjenestelov (2011) og ny folkehelselov (2011) vedtatt i Stortinget 24. juni 2011. Helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven trer i kraft 1. januar 2012. Det er gjort tilpasninger i de andre helselovene.

”Stortingsmelding 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan” ble godkjent i Statsråd 8. april 2011.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering og forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter har sammen med en rekke endringer i andre sentrale forskrifter vært på høring (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det forventes at disse forskriftene og forskriftsendringene foreligger med det første. Utkast til ny forskrift for fastlegeordningen er varslet å komme i løpet av høsten 2011.

Alle disse styrende dokumentene legger til sammen føringer for planlegging og gjennomføring av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen innebærer omfattende endringer i ansvarsfordeling, krav til tjenesteområdene og økonomiske forutsetninger.

Om hensikten med Samhandlingsreformen sier regjeringen:

”Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen, søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.” (St.meld. nr. 47 2008-2009, 14).

Ingen kan være uenig i Samhandlingsreformens gode intensjoner. Spørsmålet er heller hvorvidt de tilgjengelige virkemidler er egnet for å oppnå reformens intensjoner eller de helsepolitiske mål. Denne oppgaven er et forsøk på å belyse sammenhengen mellom intensjoner og virkemidler.

Å skape god helse og forebygge sykdom er et langsiktig nasjonalt mål. I forbindelse med lanseringen av ”Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett

sted – til rett tid” uttalte tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen at manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge. Til tross for at vi i Norge er et av de landene i OECD som bruker flest offentlige kroner på helse, er det store uløste oppgaver.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulik forståelse av hva som er målet for tjenestene. Spesialisthelsetjenestens organisering og funksjoner er rettet inn mot medisinsk helbredelse som mål, mens kommunehelsetjenesten har større fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne (St. meld. nr. 47 2008-2009, 13). De to delene av helsetjenesten er bygget på ulik målforståelse.

I Stortingsmelding 47 utfordres helse-Norge på å tenke nytt for å møte framtidens krav. Dette handler både om å møte befolkningens helserelaterte behov, og å skape en økonomisk bærekraftig helsetjeneste. Samhandlingsreformen gir en føring for å satse på forebygging framfor reparasjon.

Regjeringens intensjon med Samhandlingsreformen er både å møte pasientrelaterte og samfunnsøkonomiske utfordringer. Bedre samhandling ses på som helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder for å bedre løse hovedutfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Stortingsmelding 47 skisserer tre hovedutfordringer:

”Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne” (2008-2009, 13).

Disse tre hovedutfordringene uttrykker de helsepolitiske mål. En kan si at de tre utfordringene henholdsvis representerer et pasientperspektiv, et folkehelseperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samhandlingsreformen er et virkemiddel for å nå de langsiktige helsepolitiske målene.

I januar 2012 går vi fra planleggingsfasen over i implementeringsfasen av reformen. Når dette skrives er de økonomiske premisser langt på vei avklart gjennom Stortingets behandling av nye forskrifter og statsbudsjettet.

Kommuner og helseforetak er i gang med forberedende arbeid. Det foregår mange planleggingsprosesser på ulike nivå og på tvers av nivåene. Samhandlingsreformen vil kreve omstilling av virksomhet, og forutsetter reelle endringer i driftsform og organisering av helsetjenestene både i kommuner og i helseforetak. Det stilles nye krav til kommunenes tjenesteleveranser. Helseforetakene må tilpasse sin virksomhet til kommunenes endringer og kravene i Samhandlingsreformen.

Stortingsmelding 47 skisserer 5 hovedgrep for å nå reformens mål:

- 1) Klarere pasientrolle
- 2) Ny framtidig kommunerolle
- 3) Etablering av økonomiske insentiver
- 4) Specialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- 5) Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer (2008-2009).

Det stilles nye krav til samarbeid, samhandling og avtaler på tvers av forvaltningsnivåene. Forpliktelsen til å samhandle er regulert gjennom en lovfestet plikt til å inngå avtaler om samhandling mellom den enkelte kommune og det regionale helseforetaket.

1.2 Presentasjon av studiens problemstilling

Samhandlingsreformen omtales som en retningsreform. Kommunene skal ta et større ansvar for forebyggende arbeid og helse- og omsorgstjenestene. Helseforetakene skal bli mer spesialisert. Dette innebærer endring av oppgavefordeling, ansvar og roller mellom staten ved helseforetakene og kommunene. Disse endringene i ansvar og roller mellom stat og kommune gjør reformen også til en forvaltningsreform. Kommunene og staten har ulike oppgaver. Når oppgaver og ansvar forflyttes mellom forvaltningsnivåene får det konsekvenser for styring.

De tre hovedutfordringene som skisseres i Stortingsmelding 47 kan omformuleres til spørsmål, og gir da følgende problemformuleringer:

- I hvilken grad vil samhandlingsreformen føre til tjenester som bedre tilfredsstiller pasientenes behov for koordinerte tjenester?
- I hvilken grad vil samhandlingsreformen føre til økt innsats for å begrense og forebygge sykdom?
- I hvilken grad vil samhandlingsreformen bidra til å sikre samfunnets økonomiske bæreevne slik at nasjonen blir i stand til å tilby befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester?

Disse formuleringene danner grunnlaget for denne studien. Studiens hensikt er med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap og valgte teoretiske og ideologiske perspektiver å belyse de tre spørsmålene over. Studien tar sikte på å belyse samhandlingsreformens intensjoner og tilgjengelige virkemidler. Det er av avgjørende betydning å få kunnskap om de virkemidler som er valgt er egnet til å oppnå de skisserte mål for utviklingen av en helsetjeneste som møter befolkningens behov og samtidig er økonomisk bærekraftig.

Jeg har valgt å fokusere på sammenhenger mellom intensjoner og virkemidler fordi jeg i mitt daglige arbeid erfarer at det for mange er vanskelig å se sammenhengen mellom mål og midler. Det stilles ofte spørsmål om hva samhandlingsreformen egentlig er eller hva den går ut på. Det uttrykkes også usikkerhet eller manglende tro på at samhandlingsreformen vil ha noen effekt. Det er stor bekymring og til dels manglende kunnskap om hvordan de økonomiske forutsetninger vil slå ut i praksis. Kommunene har begrenset oversikt over hvilke konsekvenser den endrede kommunerollen vil få. Spesialisthelsetjenesten forholder seg til mange kommuner og driftsenheter i sin planlegging av samhandlingsreformen. For spesialisthelsetjenesten er det en krevende øvelse å forutse hvilke konsekvenser samhandlingsreformen vil kunne få for pasientgrunnlag og økonomi.

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å bidra til å gi et helhetlig bilde av samhandlingsreformen og sammenhengen mellom mål og virkemidler. Det iverksettes mange virkemidler eller tiltak som gjensidig påvirker hverandre. Dette er et forsøk på å se helheten i reformen og skape et overblikk. Gjennom diskusjonen av hovedgrepene i samhandlingsreformen vil jeg argumentere for at vi kan forvente at samhandlingsreformen vil ha effekt for framtidens helsetjeneste.

Foran er samhandlingsreformens intensjon eller de helsepolitiske mål og de fem hovedgrepene presentert. Hvert hovedgrep vil behandles ut fra aktuell litteratur eller aktuelle modeller. Avslutningsvis drøftes hovedgrepene opp mot de tre problemformuleringene.

Jeg vil klargjøre enkelte begrep som er sentrale i samhandlingsreformen. Jeg har valgt å beskrive disse begrepene med utgangspunkt i hvordan jeg oppfatter at de brukes i helsetjenesten i dag.

Begrepet samhandling er blitt et dagligdags ord. Jeg oppfatter at den vanlige forståelsen som legges i dette begrepet er at en handler sammen, eller gjør noe sammen. Slik begrepet brukes ligger det underforstått at samhandlingen har et mål eller en retning. Begrepet har for mange langt på vei erstattet begrepet samarbeid, men jeg vil hevde at disse to begrepene ikke blir brukt som synonymer. På en operasjonsstue er det forutsatt at en samarbeider eller arbeider sammen. Når vi planlegger nye former for tjenestesamarbeid mellom to avdelinger eller to forvaltningsnivå vil vi foretrekke å bruke begrepet samhandling om dette. I Stortingsmelding 47 beskrives samhandling som et:

”uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (2008-2009, 13).

Stortingsmeldingens beskrivelse av samhandlingsbegrepet stemmer godt med hvordan jeg har erfart at begrepet brukes i dagliglivet. Denne forståelsen legger jeg til grunn i denne oppgaven.

I samhandlingsreformens forarbeider er arbeidet med å legge til rette for gode pasientforløp vektlagt. Forløp er i stortingsmelding 47 forstått som:

”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.

Gode forløp kjennetegnes av at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov” (2008-2009, 15).

Pasientforløpstenkingen finner vi også igjen i andre begreper som behandlingsforløp og behandlingslinjer. Disse begrepene er likevel forskjellige. Mens pasientforløp knyttes til pasientens møte med ulike deler av helsetjenesten slik stortingsmeldingen beskriver begrepet, viser for eksempel begrepet behandlingsforløp til rekken av behandlinger eller aktiviteter. Å

bruke begrepet pasientforløp kan derfor ses som et bevisst valg hvor en setter pasientens behov fokus, og ikke aktivitetene sett fra helsetjenestens side.

Begrepet pasient brukes i Stortingsmelding 47 om mottakeren av helse- og omsorgstjenester. Stortingsmeldingen bruker pasientbegrepet også der hvor pasienten mer er å oppfatte som bruker. I de nye forskriftene som er på høring brukes i større grad begrepsparet pasient og bruker. I denne oppgaven vil i hovedsak pasientbegrepet brukes også når det kunne vært mer naturlig å bruke brukerbegrepet. Dette gjøres for å forenkle språket.

1.3 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven inneholder seks kapitler. I kapittel 1 presenteres bakgrunn for studien og studiens problemstilling. Noen sentrale begreper i samhandlingsreformen omtales. Til slutt redegjøres det for oppgavens oppbygning.

I kapittel 2 redegjøres det for valg av metode og vitenskapelig tilnærming. Her gjennomgås også grunnlaget for valg av kilder, samt en vurdering av om de valgte dokumenter og teorier er relevante for de spørsmål denne studien søker å håndtere.

Det teoretiske grunnlaget presenteres i kapittel tre. Her beskrives kort samhandlingsreformen og samhandlingsreformens fem hovedgrep. De fem hovedgrepene vil senere bli behandlet hver for seg med forskjellige teoretiske tilnærminger. I kapittel 3 presenteres kort de ulike teoretiske tilnærmingene som vil bli brukt.

I kapittel 4 diskuteres de fem hovedgrepene i samhandlingsreformen opp mot valgte teoretiske forståelser.

Kapittel 5 handler om framtidens helsetjeneste. Studien vil søke å belyse i hvilken grad de fem hovedgrepene i samhandlingsreformen kan forventes å bidra til å oppnå regjeringens mål om bedre koordinerte tjenester, økt innsats for å begrense og forebygge sykdom, og økonomisk bæreevne til å kunne tilby befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette gjøres ved å se på sammenhenger mellom de fem hovedgrepene og målene for samhandlingsreformen i lys av de valgte teoretiske tilnærminger.

I kapittel seks konkluderes det. Her deles også noen av tanker om utfordringer videre for framtidens helsetjeneste.

2 Metode

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for valg av metode og vitenskapelig tilnærming. Det vil bli redegjort for de mest sentrale dokumentene for denne studien.

Samhandlingsreformen er fortsatt i en planleggingsfase, og vi mangler derfor empiri som kan fortelle oss hvordan samhandlingsreformen egentlig virker. Det er gjort mange studier som behandler enkeltdele av reformen. Det finnes også mange studier som gir kunnskapsgrunnlag om forhold eller sammenhenger som er viktig for reformen. Det er imidlertid lite tilgjengelig kunnskap om samhandlingsreformen som en helhetlig reform. Senere i denne studien blir samhandlingsreformen omtalt både som en retningsreform og en forvaltningsreform.

Samhandlingsreformen kan sies å være en ambisiøs reform som tar i bruk mange virkemidler for å realisere flere intensjoner eller helsepolitiske mål. Det har interesse å studere forutsetningene for samhandlingsreformen, og søke å forutse hva som kan skje ut fra et helhetlig perspektiv.

I denne studien er formålet å se på samhandlingsreformen som en helhetlig reform. Denne helhetlige tilnærmingen innebærer at jeg går bredt ut for å romme hele reformen.

Samhandlingsreformen har tre overordnede helsepolitiske mål som søkes realisert gjennom fem hovedgrep og en rekke tiltak. Mange tiltak kan ses i sammenheng med flere hovedgrep, og vil kunne bidra til å realisere flere mål. Denne helhetlige tilnærmingen har begrensninger. Når jeg går så bredt ut og prøver å gi et bilde av hele reformen er det sjanse for at jeg behandler dele av reformen for overflatisk. Gjennom behandlingen av hovedgrepene i samhandlingsreformen kommer jeg inn på mange områder som jeg ikke kan behandle i dybden. Til tross for denne svakheten har jeg likevel valgt å gjøre dette på denne måten fordi vi trenger kunnskap om hvordan reformen vil virke som en helhetlig reform.

Siden vi mangler empiri som kan fortelle oss hvordan samhandlingsreformen faktisk vil virke, har jeg valgt å gjøre en dokumentstudie. Jeg vil med utgangspunkt i valgte teoretiske og ideologiske perspektiver gjøre en studie av sentrale dokumenter om samhandlingsreformen. Dette er en fortolkende tilnærming hvor det gjennom dokumentstudiene søkes etter forhold som kan fortelle hvordan samhandlingsreformen som en helhetlig reform kan komme til å virke.

Med denne tilnærmingen vil dokumenter som er laget av de styrende helsemyndigheter ha særlig interesse. Her omtales de dokumentene som vurderes som mest sentrale for planlegging og gjennomføring av reformen.

”St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid” er av særlig interesse. Dette dokumentet bærer selve ideen om at vi må tenke nytt for å møte samfunnets framtidige behov for helsetjenester. Dokumentet definerer hovedutfordringene i dagens helsetjeneste. Gjennom tre definerte hovedutfordringer og fem definerte hovedgrep settes agendaen for helsemyndighetenes, kommunenes og spesialisthelsetjenestens planlegging av reformen. Stortingsmeldingen er et helsepolitisk verktøy som synliggjør overordnede samfunns mål for bedre koordinerte helsetjenester, folkehelsearbeid, og en framtidig økonomisk bærekraftig helsetjeneste. Bedre samhandling gjennom samhandlingsreformen er verktøyet for å oppnå dette.

Etter St. meld. nr. 47 om samhandlingsreformen kom ”Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)” og ”Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)”. De nye proposisjonene med forslag til lovvedtak var en direkte oppfølging av ønsket om å tenke nytt i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformens ideer er bearbeidet og formulert i ny lovtekst. Lovteksten gir nødvendig og verdifull informasjon og retning for aktørenes framtidige ansvar, roller og oppgaver. Det skal særskilt bemerkes at plikt til å samarbeide blir lovfestet gjennom kommunenes plikt til å inngå samarbeidsavtaler med de regionale helseforetak / helseforetakene. De nye lovene ble vedtatt i Stortinget i juni 2011.

”Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)” ble godkjent samtidig med at de nye lovene ble vedtatt. Nasjonal helse- og omsorgsplan er en fireårsplan for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Denne planen bærer lite nytt i seg. Den kan heller ses på som en forsterkning eller bekreftelse av alle de signaler og føringer som er gitt gjennom stortingsmeldingen om samhandlingsreformen og lovvedtakene.

Lovvedtakene er fulgt opp av forskrifter som regulerer den praktiske oppfølgingen av deler av lovgivningen. Disse forskriftene innebærer detaljerte bestemmelser for hvordan aktørene skal forholde seg til hverandre. For denne studien er forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter spesielt interessant.

I denne oppgaven vil jeg ut fra tilgjengelige dokumenter om samhandlingsreformen og relevant teori gjøre en dokumentstudie for å belyse studiens tre problemformuleringer. Dette kan betraktes som en eksplorerende fortolkning av de valgte dokumenter. I denne studien er de dokumentene som det oftest refereres til i samhandlingsreformen anvendt.

Samhandlingsreformen er en pågående reform. Dette innebærer at det under arbeidet med denne studien har kommet ny informasjon, nye studier og nye dokumenter som er relevante for denne oppgaven.

Denne studien favner ”hele” samhandlingsreformen. Dette er en omfattende tilnærming. Jeg har valgt denne tilnærmingen fordi jeg tror det har interesse og verdi å se på reformens forutsetninger nå. Kunnskap om samhandlingsreformens forutsetninger kan bidra til at aktørene gjør hensiktsmessige valg i planlegging og implementering av reformen.

3 Det teoretiske og ideologiske grunnlaget

I dette kapittelet beskrives først kort samhandlingsreformen og de fem hovedgrepene regjeringen har skissert for å oppnå de helsepolitiske mål slik disse fremstilles i Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen. Jeg har valgt ulike teoretiske og ideologiske tilnærminger for å belyse samhandlingsreformens fem hovedgrep. I dette kapittelet gis en overordnet introduksjon til disse tilnærmingene. Hver tilnærming vil bli bredere omtalt i kapittel 4.

3.1 Samhandlingsreformen

Under dette punktet trekkes det fram to hovedlinjer i samhandlingsreformen. Deretter presenteres de fem hovedgrepene som er skissert i Stortingsmelding 47. Dette vil bli en begrenset fremstilling hvor de områder som er oppfattet som viktigst for å forstå samhandlingsreformens hensikt, oppgaver og utfordringer blir vektlagt. Det tas ikke på noen måte sikte på å gi en fullverdig beskrivelse av reformen. For en mer omfattende beskrivelse vises til helsemyndighetenes sentrale dokumenter om samhandlingsreformen; ”Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted – til rett tid”, ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov, og ”Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)”. I tillegg kommer de nye forskriftene til helse – og omsorgstjenesteloven som nå under ferdigstilling. Forarbeidene til disse dokumentene er også relevante for å få oversikt over samhandlingsreformen.

To forhold er spesielt viktige for å forstå reformarbeidet i samhandlingsreformen. Dette kan kort beskrives gjennom samhandlingsreformen som en retningsreform, og samhandlingsreformen som en forvaltningsreform. Her vises kort bakgrunnen for disse to perspektivene. Deretter beskrives de fem hovedgrepene i samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen beskrives som en retningsreform. Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen sikre at den framtidige helse- og omsorgstjenesten utvikles for å ivareta både pasientenes behov for koordinerte tjenester, og de samfunnsøkonomiske utfordringene som følger av dette. Under innledningen i punkt 1.1 er det orientert om den framtidige helse- og

omsorgstjenestens tre utfordringer. Stortingsmelding 47 beskriver arbeidet for å møte disse tre utfordringene som kjernen i samhandlingsreformen. I følge denne stortingsmeldingen krever alle de tre utfordringene tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene. Det skisseres to hovedtyper tiltak som vil gi utviklingen av helse- og omsorgstjenesten retning. Det kan her skilles mellom tiltak av strukturell karakter, og tiltak som skal motivere aktørene til å samarbeide og levere tjenester som er i tråd med de helsepolitiske mål. De strukturelle tiltakene innebærer at det skal gjøres endringer i den strukturelle oppbygningen av tjenestene. Etablering av endrede rammebetingelser skal bidra til å motivere aktørene i helse- og omsorgstjenestene til samarbeid om tjenesteleveransene. Stortingsmelding 47 er et dokument som har til hensikt å påvirke retningen på den framtidige utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Om dette sier Stortingsmelding 47:

”Det primære siktemålet med stortingsmeldingen er å legge fram forslag om hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, slik det kommer til uttrykk i hovedgrepene som omtales nedenfor” (2008-2009, 14).

Kravet om helhet i tjenestesystemene og koordinerte tjenester er et krav om endret retning i den framtidige helse- og omsorgstjenesten. Hovedgrepene det vises til vil bli presentert senere i dette kapittelet.

Samhandlingsreformen beskrives også som en forvaltningsreform. Dette er begrunnet i kommunenes utvidete ansvar for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Som følge av samhandlingsreformen skal kommunene få nye oppgaver, utvikle eksisterende oppgaver, og overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Forskyvningen av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene gjør kommunene til en mer sentral aktør i helse- og omsorgstjenestene. En kan si at balansen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene forskyves. Det er understreket i arbeidet med samhandlingsreformen at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal være likeverdige beslutningstakere i samarbeidet (St. meld. nr. 47 2008-2009, 111).

Dette betyr at regjeringen gjennom samhandlingsreformen ønsker å møte kravet om helhet i tjenestesystemene og koordinerte tjenester gjennom å vise ny retning for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig ønsker de å forskyve balansen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ved både og legge nye oppgaver til kommunene og

flytte oppgaver fra sykehus til kommuner. En kan med andre ord si at samhandlingsreformen viser regjeringens ønske om å gi de framtidige helse- og omsorgstjenestene ny retning samtidig som kommunene får større ansvar for befolkningens helse og samfunnets helsetjenester.

I oppfølgingen av Stortingsmelding 47 bruker helsemyndighetene juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Dette ser vi som nye lover og forskrifter, nye finansieringsmodeller og endringer i fordeling av økonomiske midler. Organisatoriske virkemidler ser vi gjennom krav til faglighet, organisering eller strukturelle grep.

3.1.1 Klarere pasientrolle

Helsetjenesten står overfor store utfordringer i fremtiden som følge av demografisk og epidemiologisk utvikling. Den framtidige tilgangen på begrensede økonomiske og personellmessige ressurser forsterker disse utfordringene. I Stortingsmelding 47 beskrives befolkningens ansvar for egen helse (2008-2009, 14-15). Befolkningens ansvar for egen helse ses på som en viktig del av helsepolitikken. Det er en forutsetning at det skal legges til rette for at befolkningen i større grad skal kunne ta dette ansvaret.

Stortingsmeldingen viser til at de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenestene har ført til at pasientenes medvirkning også er rettet inn mot delene av tjenestene. Pasientenes framtidige medvirkning og involvering, eller ansvar for egen helse, beskrives både på systemnivå og på individnivå. Om betydningen av gode helhetlige pasientforløp og egenmestring sier Stortingsmeldingen:

”Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner / egenmestring i størst mulig grad” (2008-2009, 14).

Organisert pasientmedvirkning er utviklet de senere årene, som for eksempel i helseforetakenes brukerråd. Stortingsmeldingen varsler at det i tiden som kommer vil bli gjennomført arbeid sammen med brukerorganisasjonene for gjennom struktur- og systemtiltak å utvikle bedre helhetlige pasientforløp.

Ny tydeligere pasientrolle beskrives både gjennom involvering og deltakelse av brukerorganisasjoner eller brukergrupper for å utvikle bedre helhetlige pasientforløp, og gjennom en helsepolitikk som har til hensikt å legge til rette for enkeltpersonens mestring over eget liv.

3.1.2 Ny framtidig kommunerolle

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester skal løses av kommunene. I Stortingsmelding 47 sier regjeringen at de vil vurdere hvilke oppgaver som kommunene i framtiden kan gis ansvar for. Hensikten er at kommunene skal nå ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. Dette innebærer en fornyet kommunerolle. Den nye kommunerollen og det sterke fokuset på helhetlige pasientforløp skal sammen legge til rette for å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Det er regjeringens ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, og tidlig behandling og oppfølging (2008-2009, 26). Dette innebærer at regjeringen i det videre arbeidet skal legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene best kan løses på kommunalt nivå.

Samhandlingsreformen beskriver oppgaver som kommunene får et ansvar for. Det handler om oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har vektlagt en videreutvikling av tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer.

3.1.3 Etablering av økonomiske insentiver

Samhandlingsreformen har en samfunnsøkonomisk begrunnelse. Det er et sentralt mål å skape en økonomisk bærekraftig helsetjeneste.

Et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som vil understøtte arbeidet med å etablere og videreføre gode og kostnadseffektive helse- og omsorgstilbud til pasientene. Regjeringen vil etablere nye økonomiske ordninger som skal virke som insitamenter og inspirasjon for at kommunene skal utvikle nye roller og løse oppgavene i samsvar med de helsepolitiske målene. Regjeringen har foreslått tre endringer:

- “Innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

- Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene.
- Øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten” (St.meld. nr. 47 2008-2009, 97).

De to første punktene er begrunnet i at kommunene kan oppnå bedre helseeffekt ved å stimuleres til å bruke ressursene på annen måte. Ved å få ansvar for medfinansiering vil de også stimuleres til å bruke sykehusene riktigere. Den kommunale medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil føre til endringer i spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. For at finansieringen av spesialisthelsetjenesten skal understøtte samhandlingsreformens mål, vurderes det derfor å endre forholdet mellom rammefinansiering og innsatsbasert finansiering ved å øke andelen rammefinansiering. Det forutsettes da at en økning i den rammefinansierte delen av sykehusfinansieringen vil bidra til å dempe spesialisthelsetjenestens aktivitetsvekst.

3.1.4 Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Samhandlingsreformen har som ambisjon at spesialisthelsetjenesten skal levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. For å sikre kvalitet skal internasjonal og nasjonal metode- og teknologiutvikling tas opp. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å levere de spesialiserte helsetjenestene til befolkningen. Et av hovedgrepene i samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten i fremtiden i større grad skal kunne bruke sin spesialiserte kompetanse. Det skisseres to hovedtilnærminger for å oppnå dette. Samhandlingsreformen viser til at en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om de spesialiserte helsetjenestene. I tillegg vises det til at et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene vil legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester vil finne fram til de helsetjenestetilbudene som har den aktuelle kompetansen som de trenger.

3.1.5 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Samhandlingsreformen er begrunnet i manglende helhet i behandlingstilbudet til pasienten. På samme måte vises det i Stortingsmelding 47 til at myndighetene ikke har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse og omsorgstjenestene. Med dette menes det at prioriteringsbeslutningene i for liten grad blir rettet inn mot helheten i pasientforløpene, men

rettes mot deltjenester. Dette fører til risiko for at de ulike beslutningene er dårlig tilpasset hverandre. Tydeligere prioriteringer innebærer at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene skal rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer til pasientgruppers eller pasienters behov (St. meld nr. 47, 2008-2009, 16).

3.2 Presentasjon av valgte teoretiske og ideologiske tilnærminger

Det er naturlig å belyse de fem hovedgrepene ut fra ulike teoretiske tilnærminger. Det er søkt etter teoretiske tilnærminger eller modeller som kan bidra til å øke forståelsen om sammenhengen mellom hovedgrepene og hvordan disse kan forventes å virke, for dermed å kunne trekke konklusjoner om i hvilken grad samhandlingsreformen vil føre til at de helsepolitiske mål oppfylles. Her presenteres kort de valgte teoretiske tilnærminger for hvert hovedgrep.

Samhandlingsreformen beskriver en ny framtidig pasientrolle hvor pasienten er medvirkende i utvikling av helsetjenesten og i beslutninger, og hvor befolkningen skal ta større ansvar for egen helse. For å belyse grep 1 ”klarere pasientrolle” har jeg valgt å se på empowerment som mestringsstrategi og forståelse av den digitale pasient.

Grep 2 handler om den ”nye framtidige kommunerollen” hvor kommunene får et større ansvar for helsetjenesten. Dette innebærer at kommunene skal løse flere oppgaver. Forståelse av forholdet mellom kommunal organisering og statlig styring er valgt som referanseramme for å belyse den nye kommunerollen.

Grep 3 handler om ”etablering av økonomiske insentiver”. De økonomiske insentivene skal stimulere til gjennomføring av ny oppgavefordeling og nye oppgaveløsninger. Det er valgt to tilnærminger for å belyse de økonomiske insentivene; en modell for vurdering av insentiv versus risiko, og en principal-agent modell.

”Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse”. Spesialisthelsetjenesten skal både bli mer spesialisert og ta et større lokalt ansvar gjennom støtte til kommunene. Grep 4 belyses gjennom forståelse av hvordan organisasjoner utvikler seg, og teori om koordineringsmekanismer.

Grep 5 handler om å ”tilrettelegge for tydeligere prioriteringer”. Tydeligere prioriteringer handler om hvem som tar hvilke beslutninger, og om hvor og hvordan beslutningene tas. Prioriteringsbeslutningene skal rettes inn mot pasientforløpene. De skal også møte pasientenes behov. Dette grepet vil belyses gjennom å se på forholdet mellom medisinsk og økonomisk prioritering. Dette kan også være et dilemma.

De enkelte teoretiske og ideologiske tilnærminger vil belyses nærmere under kapittel 4.

4 Samhandlingsreformen

I kapittel 3.1 ble samhandlingsreformen og de fem hovedgrepene slik de beskrives i Stortingsmelding 47 presentert. I dette kapittelet behandles hvert av de fem hovedgrepene. Hvert hovedgrep vil bli holdt opp mot teoretiske eller ideologiske tilnærminger, og det som kan oppfattes som retninger i helsetjenestens og helsepolitikkenes utvikling. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), ny folkehelselov (2011), og ny helse- og omsorgstjenestelov (2011) er viktige offentlige dokumenter som følger opp Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Disse dokumentene utdyper og forsterker helsemyndighetenes retning for utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

4.1 Grep 1: Klarere pasientrolle

Samhandlingsreformen etterspør en klarere pasientrolle. Det er relevant å avklare hva dette innebærer, og hvilken betydning det har både for helse- og omsorgstjenestens utvikling og for pasientens helse. Først beskrives den tradisjonelle pasientrollen. Deretter gjøres det rede for de føringer vi finner i samhandlingsreformen om den nye pasientrollen, og det vil ses på hvordan helselovgivningen støtter opp om dette synet. Samhandlingsreformen argumenterer for at pasientene skal ta ansvar for egen helse, og at pasientene har kompetanse til å ta beslutninger for egen helse og behandling. Disse forholdene diskuteres i forhold til valgt teoretisk og ideologisk tilnærming.

4.1.1 Den tradisjonelle pasientrollen

Historisk sett har pasientene hatt liten innflytelse og mulighet til å påvirke hvilken helsetjeneste de mottar. Helsepersonell har tradisjonelt hatt et paternalistisk verdigrunnlag, og deres handlinger har vært styrt av faglig-etiske prinsipper. De faglig-etiske prinsippene har fra framveksten av helseprofesjonsutdanningene vært styrt av kristne grunnverdier i et hierarkisk tankesett hvor behandler og pasient ikke har hatt like posisjoner. I etterkrigstiden har den medisinske etikk med de fire prinsippene om autonomi, rettferdighet, gjøre vel og ikke skade vært styrende. Autonomibegrepet og oppfatningen av at pasienten skal settes i stand til å bestemme selv innebærer en motsats til paternalismen.

I forbindelse med helsereformen med endringen av eierskapet for sykehusene fra fylkeskommunene til staten fikk vi ny helselovgivning. Pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999. Dette kan ses som en regulering av helsepersonellens etikk. I pasientrettighetslovens (1999) formålsparagraf heter det:

”Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”.

Dette kan ses på som en regulering av pasientens rett til å bli behandlet med respekt. Da loven trådte i kraft representerte den et skifte i pasientens rolle ved at pasientene fikk juridisk sterkere regulerte rettigheter. Pasienter og brukerorganisasjoner har spesielt de siste ti årene fått økende medinnflytelse over egen behandling og utvikling av helsetjenesten. Brukerrådene i spesialisthelsetjenesten er et eksempel på at brukermedvirkningen er organisert. Likevel opplever mange pasienter maktesløshet i møte med helse- og omsorgstjenestene.

4.1.2 Den nye pasientrollen

En klarere pasientrolle er samhandlingsreformens første grep. Den nye pasientrollen omtales både på gruppe eller systemnivå, og på det individuelle nivå. På begge nivå handler dette om medvirkning. En kan si at den nye pasientrollen bygger på tanken om at pasienten er en likeverdig part både i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og i behandlingen av egen sykdom. Når Stortingsmelding 47 omtaler framtidens pasientrolle gjøres dette med en blanding av forankring i sentrale norske verdier og pasientenes rettigheter. Følgende eksempler kan trekkes fram:

”Et vesentlig element i integritetskravet er også individets rett til medbestemmelse og medvirkning. Det vil si at tjenestemottaker opplever å få innvirkning på tjenestetilbudet”.

”Å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektivet) er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum ”.

”Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til, å gjøre sine egne valg” og

”Retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er således også en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet” (2008-2009, 51).

Helsemyndighetene uttrykker gjennom dette en klar forventning om at pasienten skal være en likeverdig part. Helsemyndighetene forutsetter også at pasienten både har et ønske om og kompetanse til å gjøre egne valg.

Pasientmedvirkning handler både om å bygge pasientens direkte beslutningskompetanse, og om andre former for medvirkning eller innflytelse. Dette gjelder både for pasientens deltakelse i eget forebyggings-, behandlings, rehabiliterings og omsorgsopplegg, og for deltakelse fra pasient- og brukerorganisasjoner i prosesser på systemnivå. Pasientmedvirkning på begge nivå skal være forankret i det helhetlige pasientforløpet (St. meld. nr. 47 2008-2009, 47).

På gruppe eller systemnivå handler det om at brukergruppene skal være med å påvirke utviklingen av helsetjenesten. En viktig del av arbeidet med tydeligere pasientrolle er utvikling av medvirkningsordninger for bruker- og pasientorganisasjoner som er rettet inn mot de helhetlige pasientforløp (St. meld. nr. 47 2008-2009, 52).

I den nye helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er den enkelte pasientens rett til medvirkning og informasjon regulert gjennom § 9-3. I paragrafens første ledd står: "Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten". § 7 om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er juridiske reguleringer av tiltak som skal sikre koordinering av tjenestene og pasientens medvirkning.

Spesialisthelsetjenesteloven er revidert slik at tilsvarende bestemmelser i § 2-5, § 2-5a og § 2-5b om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet blir gjeldene fra 2012 (Prop. 91 L 2010-2011). Dette er lovreguleringer som støtter opp om pasientmedvirkning både på individnivå og på gruppe- eller systemnivå. Medvirkningen skal være forankret i pasientforløpstankegangen for å gi bedre koordinering. Vi ser en tydelig sammenheng fra ideene i Stortingstingsmelding 47 til Nasjonal helse- og omsorgsplan og ny helselovgivning.

I omtalen av den nye pasientrollen brukes spesielt to argumenter som gir to viktige premisser. Det forutsettes at pasienten ønsker å gjøre egne valg, og det forutsettes at pasienten har eller tilegner seg kompetanse til å ta beslutningene. Dette er viktige forutsetninger for den nye pasientrollen og det vil derfor belyses nærmere under punkt 4.1.3 og 4.1.4.

4.1.3 Empowerment som mestringsstrategi

Stortingsmelding 47 har sterkt fokus på pasientenes rett til medvirkning og at pasienten ønsker og har kompetanse til å gjøre egne valg. Stortingsmeldingen gir også føringer for at framtidig helsepolitikk skal legge til rette for at befolkningen må ta større ansvar for egen helse. Ideen om denne klarere pasientrollen kan ses i sammenheng med empowerment som mestringsstrategi. I NOU nr. 18 fra 1998 "Og bedre skal det bli" om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene viser helse- og omsorgsdepartementet en klar forankring i empowerment som strategi for folkehelsearbeidet (kapittel 2 og 8). Gulbrandsen har sett på begrepet empowerment, og viser til at en felles forståelse av empowerment-begrepet kan være at det dreier seg om den enkeltes mulighet for å ha aktiv innflytelse over sin situasjon, enten det er i sitt arbeid, sin bedrift eller sin helse (2000, 2330). Begrepet empowerment slik vi kjenner det har sin forankring i Verdens helseorganisasjons "Ottawa Charter" om helsefremmende arbeid fra 1986. Om empowerment og befolkningen sies det her: "Enabling people to learn, throughout life, to prepare themselves for all of its stages and to cope with chronic illness and injuries is essential." (Verdens helseorganisasjon 2011).

I et helseperspektiv handler empowerment om å sette personer og grupper av personer i stand til å ta hensiktsmessige valg for egen helse og eget liv. Kritikken mot empowerment som strategi for helsefremmende arbeid har vært at en individualiserer samfunnsskapt problemer, og at dette kan føre til en ansvarsfraskrivelse fra det offentlige (Sørensen et al. 2002, 2379-83). Strategien bygger på en antakelse om at alle tenker langsiktig og vil leve et velregulert, sunt og langt liv (Sørensen og Graff-Iversen 2001, 720-4). Når vi ser på empowerment som strategi i samhandlingsreformen er det gitt en forutsetning om at pasienter ønsker og er i stand til å ta egne valg. Det er ikke alltid slik at pasienter er i stand til eller ønsker å ta egne valg, og vi trenger derfor strategier som også ivaretar denne delen av befolkningen. Det er en svakhet i en nasjonal helsepolitikk hvis den ikke har mekanismer som også ivaretar disse personenes rettigheter da dette kan føre til utilsiktet forskjellsbehandling, ulikhet og urettferdighet.

Nasjonal helseplan har et sterkere fokus på tiltak for å nå de helsepolitiske mål for en tydeligere pasientrolle. Mange av tiltakene er basert på at pasientene og befolkningen har nødvendig kompetanse. En faktor er kompetanse til å ta egne valg. En annen del av kompetansen er knyttet til å kunne tilegne seg nødvendig kunnskap. Bruk av nettbaserte løsninger både for enkeltindivider og grupper er spesielt omtalt i Nasjonal helse- og

omsorgsplan (2010-2011, 87). Under neste punkt vil det ses på noen forutsetninger for at pasienter skal ha tilgang og kompetanse til og kunne bruke nettbaserte løsninger.

4.1.4 Den digitale pasient

Helse- og omsorgstjenesten baserer seg i større og større grad på digitale løsninger. Pasienter og pasientgrupper tar også i økende grad i bruk digitale medier. Pasientgrupper og pasientorganisasjoner danner nettsteder hvor de kan utveksle informasjon om sykdommen og om egne erfaringer fra behandling og møter med helsetjenesten.

Om mål for bruk av IKT sier Stortingsmelding 47:

”I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på.” og dette gjelder

”I forholdet mellom tjenesteyter / behandler og pasient / brukere. Dette innebærer bl. a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/ -opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal” (2008-2009, 135).

Nasjonal helse- og omsorgsplan følger opp med en rekke eksempler på hvordan nettet kan brukes som for eksempel ved etablering av nasjonal helseportal, blogger m.m. (2010-2011, 87).

Aksel Tjora drøfter begrepet ”den digitale pasient”. Han skiller mellom fire ulike typer digitale pasienter; den digitalt oppkoblede pasient, den digitalt dannede pasient, den digitaliserte pasient og den digitalt overvåkede pasient. Han regner den digitalt oppkoblede pasient og den digitalt dannende pasient som digitalt kompetente pasienter. Tjora hevder at begge disse pasienttypene har kompetanse til å kommunisere gjennom IKT, men den digitalt dannede pasienten er i tillegg ”i stand til å reflektere over egen rolle i forhold til helserelaterte IKT-ressurser, for eksempel i forhold til problemområdene avhengighet, kontroll og overvåking” (2004, 26). Dette illustrerer at selv om pasienter er kyndige i bruk av IKT, så medfører dette ikke uten videre at pasienten er i stand til å nytte informasjonen eller kommunikasjonen hensiktsmessig i forhold til egen helse og livssituasjon.

Ikke alle pasienter har kompetanse eller tilgang til digitale løsninger. Dette gjelder i stor grad den eldste delen av befolkningen som representerer en stor andel av helsetjenestemottakerne. Med utgangspunkt i den delen av befolkningen som ikke har digital kompetanse, og kunnskapen om forskjellen på den digitalt oppkoblede pasient og den digitalt dannede pasient,

kan en stille spørsmål om det sterke fokuset på framtidig digital kommunikasjon kan føre til at deler av pasientgruppene faller utenfor helseinformasjons- og helsekommunikasjonsmulighetene. Dette kan i så fall også føre til utilsiktet forskjellsbehandling.

4.1.5 Oppsummering grep 1

Vi har sett at regjeringen gjennom samhandlingsreformen legger føringer for utvikling av en klarere pasientrolle basert på pasientenes medvirkning både på individnivå og på gruppe- og systemnivå.

På individnivå legges det vekt på den enkeltes ansvar for egen helse og ønsket om å gjøre egne valg i helsespørsmål. Tilnærmingen har felles trekk med empowerment som strategi for egenmestring. Denne strategien innebærer en svakhet dersom pasienten ikke er i stand til eller vil ta egne valg og ansvaret for egen helse. Endring av folks mønster for atferd eller strategier tar også tid.

Det er fokus på bruk av IKT. Forutsetningen om at befolkningen og pasienter har kompetanse til både å bruke IKT-verktøy, og til å anvende den informasjonen de får innebærer en risiko dersom pasientgrupper som ikke har denne kompetansen mister viktig informasjon og kommunikasjonsmuligheter. Vi kan anta at de eldste pasientene med sammensatt sykdomsbilde og funksjonssvikt i liten grad vil bruke IKT som verktøy for kommunikasjon med helsetjenesten.

På gruppe- og systemnivå skal pasientene være med på utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Dette skal skje gjennom brukermedvirkning hvor arbeidet skal rettes inn mot bedre pasientforløp. Helsetjenesten har allerede erfaring med brukermedvirkning, og det er grunn til å tro at dette vil kunne utvikles videre.

4.2 Grep 2: Ny framtidig kommunerolle

Samhandlingsreformen stiller krav om nye oppgaveløsninger til kommunene. Sentrale spørsmål i reformarbeidet er hva kommunene skal gjøre, og hvordan de skal løse oppgavene. Her beskrives først kommunenes rolle slik den er i dag. Deretter beskrives forventingene til den nye kommunerollen. Forståelsen av forholdet mellom kommunal organisering og statlig

styring presenteres som rammeverk for å drøfte den nye kommunerollen og oppgavefordelingen mellom staten og kommunene. Til slutt ses det på kommunale utfordringer i samhandlingsreformen.

4.2.1 Dagens kommunerolle

Kommunene har mange oppgaver. Utdanning, helse- og omsorgstjenester og sosialomsorg utgjør kjerneoppgaver. Kommunene styres gjennom et kommunalt folkestyre som i stor grad er regulert gjennom kommuneloven. For å beskrive omfanget av kommunenes helserelaterte oppgaver er det nærliggende å gå til kommunehelsetjenesteloven som definerer ansvar, oppgaver og tjenester. I 1984 trådte dagens kommunehelsetjenestelov i kraft. Her er helsetjenestens formål og kommunens ansvar definert. Kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (1982). I kommunehelsetjenestelovens § 1.2 beskrives helsetjenestens formål:

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen ” (1982).

Kommunehelsetjenesteloven definerer kommunens oppgaver og deltjenester. Dette omfatter forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg, og hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. For å løse disse oppgavene skal kommunene sørge for allmennlegetjeneste og fastlegeordning, legevakt, fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste, jordmortjeneste, sykehjem, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlingspersonell (1982). Vi ser at kommunens oppgaver knyttet til helsetjenesten er omfattende. Denne lovgivningen gir også en detaljert beskrivelse av tjenestetilbudet som kommunene skal ha.

Kommunene løser disse oppgavene på forskjellig måte. Noen kommuner velger også ulike samarbeidsformer for å løse noen av oppgavene, for eksempel felles legevaksordning. Løsning av oppgavene krever helsefaglig, administrativ og organisatorisk kompetanse. For mange kommuner er det i dag en utfordring å rekruttere nødvendig kompetanse til disse oppgavene. En del kommuner problematiserer at manglende rekruttering fører til uønsket bruk av vikarer. Dette kan medføre dårlig kontinuitet i helsetjenestene. Andre kommuner lykkes godt med tiltak for å rekruttere stabilt helsepersonell. Kommunene i Hallingdal har for

eksempel gått sammen om Hallingforsk som er et distriktsmedisinsk forskningssenter i Hallingdal. Hallingforsk har fokus på forskning i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten (Hallingforsk 2011). Kommunene i Hallingdal mener at satsningen på fag og forskning har fått ringvirkninger og ført til bedre rekruttering. Dette bidrar til kontinuitet i pasientbehandlingen.

4.2.2 Ny framtidig kommunerolle

Kommunene skal få et større ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Stortingsmelding 47 beskriver en rekke aktuelle framtidige oppgaver. Disse nye oppgavene kan deles i to hovedgrupper; kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver.

De kompetansekrevende funksjoner krever spesialisert og tverrfaglig kompetanse. Den mest krevende nye oppgaven eller området for oppgaver er kravet om tilbud før, under og etter sykehusopphold. Dette tilbudet innebærer at det skal være døgnplasser for observasjon. Det skal også være tilbud om etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering. Dette krever en ny oppgavefordeling mellom sykehus og kommune, og det er i praksis en utfordring å definere hvor grensene for de nye ansvarsområdene går. Disse oppgavene skal støttes av tverrfaglige team og ambulante team. Kommunene skal også etablere kommunale lærings- og mestringstilbud, og det som i loven omtales som egenbehandling (St. meld. nr. 47 2008-2009, 58).

Innenfor psykisk helsevern og rus skal forebyggende aktiviteter, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud bygges ut. Det er også krav til kommunale forsterkede bo- og tjenestetilbud til pasienter med psykiske lidelser, ambulante team og lavterskeltilbud til rusavhengige (St. meld. nr. 47 2008-2009, 58). Alle disse oppgavene er tatt med her for å vise omfanget av de nye oppgavene.

Felles for de nye oppgavene er at det må defineres nye grensesnitt for ansvar og roller mellom forvaltningsnivåene. De krever også økonomiske ressurser, bygninger, utstyr og personell med nødvendig kompetanse.

Stortingsmelding 47 viser også til at kommunene skal utvikle administrasjons- og systemarbeidet. Gode systemer og strukturer skal ivareta både gamle og nye kompetansekrevende oppgaver. Som eksempel på slike oppgaver nevnes helseovervåking, folkehelsearbeid og samfunnsmedisinske oppgaver, og arbeid med avtaler (2008-2009, 58).

Lovreguleringen av samarbeidsavtalene gir kommunene et verktøy til å sikre enighet om rolledeling og oppgavefordeling mellom stat og kommune. De er derfor sentrale i utviklingen av den nye kommunerollen. De nye oppgavene er regulert gjennom den nye helse- og omsorgstjenesteloven som trer i kraft 1. januar 2012.

Nasjonal helse- og omsorgsplan følger opp Stortingsmeldingens føringer for den framtidige kommunerollen, og foreslår en rekke nye tiltak innenfor åtte oppgaveområder: forebyggende helsetjenester, lokalmedisinske sentre, legetjenester i kommunene, kommunal legevaktjeneste, pleie- og omsorgstjenester, psykisk helse og rus, rehabilitering og habilitering, og tannhelsetjenesten (2010-2011, 58-71). Nasjonal helse- og omsorgsplan har inkludert større del av tannhelsetjenesten som en kommunal oppgave. Felles for alle disse oppgavene er igjen kravet til kompetanse.

Innenfor folkehelse som satsningsområde skiller Nasjonal helse- og omsorgsplan mellom nasjonale folkehelse tiltak og lokale folkehelse tiltak. Felles er målet om ”flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.” (2010-2011, 41). Kommunene skal arbeide ”for å oppnå god og rettferdig fordeling av helse, livsbetingelser og levekår i befolkningen” (2010-2011, 46). Folkehelsearbeidet skal innarbeides i kommunenes planer. Dette er langsiktige mål. I praksis er det krevende for en kommune å synliggjøre resultatene av folkehelsearbeidet.

I tillegg til nye oppgavefordeling og kravet til utvikling av nye oppgaver får kommunene økonomisk ansvar for deler av spesialisthelsetjenesten. Dette omhandler jeg senere i dette kapitlet.

Vi har her sett at de nye oppgavene stiller omfattende krav til utviklingen av den nye kommunerollen.

4.2.3 Forståelse av forholdet mellom kommunal organisering og statlig styring som rammeverk

Samhandlingsreformen er omtalt som en retningsreform. Den kan også ses på som en forvaltningsreform. Et viktig premiss i reformen er overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Et annet viktig premiss er det nye finansieringsansvaret som kommunene får for deler av spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen legger også klarere føringer for ansvarsdelingen mellom

forvaltningsnivåene. Denne forflytningen av ansvar og oppgaver mellom forvaltningsnivåene er sentral i forståelsen av hvilke utfordringer reformen gir for partene. Samhandlingsreformen innebærer et skifte i balansen mellom statlig og kommunal styring. Om vi lykkes i den nye oppgavefordelingen avhenger av flere faktorer.

I arbeidet med denne studien er det valgt å anvende forståelsen av styringsmekanismene mellom stat og kommune slik dette beskrives og drøftes i Terje P. Hagen og Rune Sørensen bok om kommunal organisering (Hagen og Sørensen 2006). Den følgende fremstilling er hentet fra denne boken.

En kommune har tre kjennetegn. Den er geografisk avgrenset, har ansvaret for å løse offentlige oppgaver, og den styres av lokalbefolkningen gjennom et lokalt demokrati (Hagen og Sørensen 2006, 14). I Norge har vi 430 kommuner med svært ulik geografisk størrelse og med stor variasjon i folketall. Over halvparten av kommunene har under 5000 innbyggere. De offentlige oppgavene er fordelt mellom statsforvaltningen og kommuner og fylkeskommuner. Ansvaret for helse- og sosialtjenestene er i hovedsak fordelt mellom staten ved helseforetakene og kommunene. I forbindelse med samhandlingsreformen er det ansvars- og oppgavefordelingen mellom staten og kommunene som er sentral. Det er derfor i denne fremstillingen valgt å fokusere på disse to forvaltningsnivåene.

Hagen og Sørensen beskriver tre hovedmål for organiseringen av den offentlige virksomheten. Den skal ivareta effektivitet, demokrati og nasjonale hensyn. Mens de nasjonale hensyn er viktige argumenter for statlig styring, er demokrati og effektivitet argumenter for kommunal organisering.

Effektivitet som mål for det offentlige tjenestetilbudet innebærer at tilbudet er tilpasset befolkningens preferanser med hensyn til tjenestenes volum, geografi og tilpasning over tid. Hvis oppgaveansvaret er sentralisert vil det gjerne føre til ensartede løsninger på tvers av geografiske områder. Dette innebærer tjenester som er standardisert, og hvor en kan utnytte stordriftsfordeler. En slik løsning vil også kunne motvirke forskjellsbehandling og geografiske ulikheter i tjenestetilbudet. Etableringen av de regionale helseforetakene, og sammenslåingen av flere sykehus i store helseforetak som for eksempel Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold, Vestre Viken og Oslo Universitetssykehus kan ses som eksempler på et ønske om standardisering av tjenestetilbud, ønske om stordriftsfordeler, og ønske om å utjevne ulikheter.

Lokalt organiserte tjenester vil i større grad være et resultat av lokalbefolkningens egne preferanser. Hvis befolkningen i ulike kommuner har ulike preferanser kan en få stor variasjon i tjenester mellom kommuner. Et eksempel kan være kommunenes ulike politikk og strategi i utbygging av institusjonsplasser. Mens noen kommuner har satset på utbygging og drift av mange institusjonsplasser, har andre allokert ressurser til et styrket tilbud innenfor hjemmebaserte tjenester. I statistikk over kommunale institusjonsplasser vil disse kommunene komme svært ulikt ut. Denne statistikken vil ikke si noe om den samlede kapasiteten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Den kan ses som et uttrykk for de lokale preferansene.

Effektivitet som mål for organisering blir et uttrykk for om den valgte organisering bidrar til å allokere eller prioritere ressursene hensiktsmessig både i et kostnadsperspektiv og i forhold til befolkningens preferanser.

Demokrati som mål for organisering forutsetter at borgerne deltar i det politiske liv. Demokratiet gir befolkningen mulighet til å påvirke samfunnets utvikling og prioriteringer. Demokratiet handler også om maktfordeling mellom forvaltningsnivåene. Det lokale demokratiet kan bli en motvekt til den sentrale styringen. Et eksempel på dette kan være lokalbefolkningen i Kongsbergregionen som gjentatte ganger har lyktes med å endre Vestre Viken HF sin strategi knyttet til utviklingen av den lokale fødeavdelingen på Kongsberg sykehus. Senest ble ledelsens ønske om utredning av fødeavdelingens framtid som del av foretakets strategiprosess avvist ved eget styrevedtak av 29.september 2011. Skjermingen går her ut på at fødeavdelingen skal bestå, men fremtidig form kan utredes (Vestre Viken HF 2011).

De nasjonale hensyn handler om å ivareta de nasjonale interesser. Dette handler i stor grad om likhet som grunnleggende verdi i samfunnet. Staten vil i liten grad være villig til å akseptere lokale løsninger som går på tvers av de nasjonale interesser. Dersom en kommune velger å allokere ressurser til hjemmetjenester til fordel for institusjonsplasser vil dette fungere så lenge kommunen ivaretar sine plikter overfor befolkningen. Dersom dette fører til at kommunen for eksempel ikke er i stand til å motta utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, og dermed belaster fellesskapet ved staten, vil dette ikke være akseptabelt. Når kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter er et så sentralt tema i samhandlingsreformen kan dette ses som et uttrykk for at kommunenes prioriteringer og oppgaveløsning oppfattes som

en trussel mot de nasjonale interesser og ønsket geografisk likhet. Staten kan begrense kommunenes handlefrihet gjennom restriksjoner.

Hvis en ønsker standardiserte oppgaveløsninger legges oppgavene som regel til statsforvaltningen. Ønskes derimot lokal variasjon legges ansvaret for oppgaveløsningen heller til kommunene. De institusjonelle ordningene som regulerer forholdet mellom staten og kommunene definerer de kommunale rammebetingelsene. Hagen og Sørensen beskriver fire rammebetingelser:

1. oppgavefordelingen mellom staten og kommunene
2. reguleringer av oppgaveløsningen
3. finansierungsordninger
4. kommunenes størrelse (2006, 15).

Disse fire rammebetingelsene setter både grensene for den kommunale handlefriheten og definerer kommunenes muligheter til og nå mål. Disse rammebetingelsene er forhold som kommunene i liten grad kan påvirke selv. Her beskrives kort de fire rammebetingelsene. Fremstillingen er fortsatt basert på Hagen og Sørensen bok om kommunal organisering (Hagen og Sørensen 2006).

Oppgavefordelingen mellom staten og kommunene

Oppgavefordelingen mellom staten og kommunene har historisk sett vært i endring. Av viktige endringer innenfor helseområdet de siste tiår kan nevnes overføringen av allmennlegetjenesten fra staten til kommunene i forbindelse med ny kommunehelsetjenestelov i 1984, overføring av ansvaret for somatiske sykehjem fra fylkeskommunene til kommunene i 1988, og HVPU-reformen med overføring av ansvaret for helsevernet for psykisk utviklingshemmede fra fylkeskommunen til kommunene i 1991. I helsereformen i 2002 ble spesialisthelsetjenestene overført fra fylkeskommunene til staten. I 2003 ble rusomsorgen overført og fordelt mellom staten og kommunene. I 2004 ble barnevernet overført fra fylkeskommunene til staten. Som en del av samhandlingsreformen blir deler av spesialisthelsetjenestens oppgaver overført til kommunene i 2012. Vi ser at oppgaver er blitt flyttet mellom forvaltningsnivåene. Hvis vi ser bort fra flyttingen av spesialisthelsetjenesten til staten er hovedtrenden at flere oppgaver legges til kommunene.

Hagen og Sørensen argumenterer for at en viktig del av beslutningene om den offentlige tjenesteyting bør legges til kommunene (2006, 54). De hevder at kommunene har et fortrinn ovenfor staten i tilpasningen av oppgavene eller tjenestene når befolkningens ønsker eller preferanser er like innenfor en kommune. Kommunene har også et fortrinn når det er forskjeller i preferanser kommuner i mellom. Det er også enklere for en kommune å tilpasse tilbudet når befolkningens preferanser endres raskt over tid.

Kommunenes oppgaver er i hovedsak innenfor helse- og sosialtjenester, undervisning, tekniske oppgaver og kultur.

Reguleringer av oppgaveløsningen

Staten har interesse av hvordan kommunene prioriterer og løser de delegerte oppgavene. Staten har for eksempel desentralisert deler av undervisningsoppgavene og deler av helse- og omsorgstjenestene til kommunene. Staten vil sikre at kommunene løser disse oppgavene i tråd med nasjonale mål og interesser. Denne reguleringen gjøres i stor grad gjennom lovbaserte og økonomiske virkemidler. Reguleringen kan også gjøres gjennom pålegg om planlegging og gjennom støtte og veiledning. De økonomiske virkemidlene omtales under neste punkt.

I prinsippet er alle overføringer av ansvar og oppgaver fra staten til kommunene hjemlet i lov. Når staten ønsker å delegere nye oppgaver til kommunene følges dette av endringer i lover og forskrifter. Samhandlingsreformen innebærer desentralisering av nye oppgaver til kommunene. Dette forutsetter at de nye oppgavene er hjemlet og regulert gjennom nye eller reviderte lover og forskrifter. Fra 1. januar 2012 trer ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov, samt en rekke tilpasninger i andre helselover i kraft. Dette er et viktig statlig virkemiddel for å regulere kommunenes nye ansvar og oppgaver.

Finansieringsordninger

Staten regulerer kommunene gjennom en rekke økonomiske virkemidler. Innenfor helse- og omsorgstjenestene skjer dette for eksempel gjennom låneordninger for bygging av institusjonsplasser. Et annet eksempel er kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter. Det er i nasjonal interesse at felles ressurser forvaltes hensiktsmessig. Når utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus i mange dager etter at de er definert utskrivningsklare i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud, forårsaker kommunene

en unødvendig bruk av statens ressurser. Forslaget til ny forskrift innebærer en betydelig innstramning av regelverket rundt denne pasientgruppen. Dersom forskriften godkjennes uten store endringer etter høringsrunden, vil den føre til en betydelig sterkere regulering av kommunenes økonomiske ansvar for de utskrivningsklare pasientene. Dette er derfor et eksempel på hvordan staten gjennom reguleringer med økonomiske virkemidler kan styre kommunenes prioriteringer og oppgaveløsning.

Kommunenes størrelse

Norge har i dag 430 kommuner. Disse kommunene har svært ulik størrelse med Oslo som den største kommunen med 607 292 innbyggere, og øya Utsira utenfor Haugesund som den minste med 214 innbyggere (Wikipedia 2011). Over halvparten av kommunene i Norge har under 5 000 innbyggere. Politisk deltakelse, allokeringseffektivitet, håndtering av usikkerhet, stordriftsfordeler og eksterne virkninger har vært hovedargumenter i debatten om kommunestørrelse. Store kommuner vil ha fordel av utnyttelse av stordriftsfordeler og eksternaliteter, mens små kommuner lett vil kunne tilpasse seg til lokale preferanser og enkelte former for lokalpolitisk deltakelse (Hagen og Sørensen 2006, 126). Innenfor helse- og omsorgsområdet ser vi at flere kommuner går sammen om oppgaveløsning. Dette ser vi som etablering av interkommunale selskap (IKS) og som vertskommuneordninger. Ordning med samkommuner er under utredning. Disse ordningene kan gi spesielt små kommuner mulighet til å øke allokeringseffektivitet, redusere usikkerhet og oppnå stordriftsfordeler og utnytte eksterne virkninger. De har også ulemper, og det er spesielt for IKS-modellen hevdet at den reduserer den politiske deltakelse og innflytelse.

4.2.4 Kommunale utfordringer

Oppgavefordelingen mellom staten og kommunene endres som følge av samhandlingsreformen. Kravene til den nye framtidige kommunerollen er omfattende. De nye oppgavene er en kombinasjon av oppgaver som overføres fra staten til kommunene, og nye oppgaver lagt til kommunene. Noen av de nye oppgavene er relativt konkrete, som for eksempel etablering av lokalmedisinske sentre. Samtidig er dette et eksempel på en oppgave med stor avhengighet til staten. Mange kommuner vil også være avhengig av samarbeid med andre kommuner for å etablere og drive slike sentre. Folkehelsearbeid er et eksempel på et satsningsområde som er mindre konkret, og som krever langsiktig arbeid. Felles for mange av

de nye oppgavene for kommunene er at de krever kompetanse og ressurser både i kraft av økonomiske midler og mennesker. Dette kan bli en utfordring for mange kommuner i arbeidet med å tilfredsstille de nye kravene. Regjeringen har her varslet ”Kompetanseløftet 2015” som en nasjonal satsning som skal understøtte kommunenes behov for økt kompetanse (2010-2011, 57).

Regulering av oppgaveløsningen skjer i hovedsak gjennom nye lover og forskrifter. I tillegg gir dokumenter som stortingsmelding 47 og nasjonal helse- og omsorgsplan klare føringer for hvor og hvordan oppgavene skal løses.

En del av det nye lovverket omhandler spesialisthelsetjenestens og kommunenes plikt til å inngå samarbeidsavtaler. Hovedhensikten med avtalene er å avklare roller, ansvar, retningslinjer for samarbeidet og samarbeidsarenaer. Disse avtalene kan bli viktige for å regulere hvem som gjør hva og hvordan oppgaver skal løses i praksis som deler av pasientforløp. De kan bli svært verdifulle for å definere de nye grensene mellom forvaltningsnivåenes ansvarsområder. Samtidig setter avtalene nye formalkrav til kommunene.

Finansieringsordninger er nødvendige for at endringer skal gjennomføres i praksis. I neste underkapittel behandles de to nye finansieringsordningene knyttet til kommunenes medfinansiering av deler av spesialisthelsetjenesten og kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Kommunene får imidlertid mange andre nye og utvidete oppgaver, som for eksempel utvikling av administrasjons- og systemarbeid. Folkehelsearbeid er en del av dette. Folkehelsearbeid er langsiktig arbeid for å styrke folkehelsen. Det er krevende for kommuner å prioritere ressurser til langsiktig folkehelsearbeid i konkurranse med konkrete oppgaver som for eksempel behovet for nye institusjonsplasser for syke eldre. Når det er mange nye eller utvidete oppgaver som skal løses kan prioritering mellom oppgavene bli krevende. Spørsmålet om kommunene får tilstrekkelig med ressurser til å løse de nye oppgavene vil ikke bli behandlet her.

Betydningen av kommunenes størrelse er kanskje det området hvor det er størst usikkerhet knyttet til de nye kravene i reformen. Mange av de foreslåtte nye oppgavene egner seg best for større drift enn en liten kommune kan drive alene. Dette gjelder for eksempel etablering av lokalmedisinske sentre, etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, legevaksordning, og tilbud innenfor psykisk helse og rus. Kommunene må utvikle tilbud på disse områdene som er

faglig forsvarlig og har økonomisk dekning. Dette innebærer både nye krav til kompetanse og nye krav til samarbeid mellom kommuner.

Vi ser her at samhandlingsreformen ikke bare fører med seg nye krav til oppgaver som kommunene skal løse. Den fører også med seg nye krav til kompetanse og nye krav til samarbeid og samarbeidsformer med både andre kommuner og spesialisthelsetjenesten for å løse oppgavene. Det følger implisitt med nye krav til samarbeid og kompetanse. Den nye framtidige kommunerollen må ses i lyset av kompleksiteten i alle disse kravene.

4.2.5 Oppsummering grep 2

Samhandlingsreformen gir kommunene et større ansvar for folkehelsearbeidet og et større ansvar for helse- og omsorgsoppgavene. Kommunene skal utvikle oppgaver de allerede har, løse nye oppgaver, og overta oppgaver fra staten.

De nye oppgavene kan deles i kompetansekrevende oppgaver og administrasjons- og systemoppgaver. Til sammen utgjør de et mangfold. Både planperioden og implementeringsperioden er en stor utfordring for kommunene. Vi kan anta at lovkravet om etablering av samarbeidsavtaler mellom regionale helseforetak / helseforetak og kommune vil bidra til å tydeliggjøre den nye oppgavedelingen. Nye lover og forskrifter bidrar til regulering av oppgaveløsningen, og er en god støtte i dette arbeidet. Det vanskeligste for kommunene er kanskje å avklare hvilke oppgaver de skal løse, og på hvilken måte dette skal gjøres. Samhandlingsreformen gir ikke entydige løsninger.

Små kommuner har fleksibilitet og tilpasningsevne, men får utfordringer med å tilpasse seg nye oppgaver som er egnet for stordrift, som for eksempel lokalmedisinske sentre. Formalisering av interkommunalt samarbeid for å løse de nye oppgavene vil for mange være en god løsning, og vi kan forvente at mange kommuner finner fram til nye samarbeidsområder og samarbeidsformer. Den nye kommunerollen krever derfor ikke bare kompetanse og ressurser til å løse de nye oppgavene. Den krever også samhandlingskompetanse for å utvikle godt samarbeid både med spesialisthelsetjenesten og andre kommuner.

4.3 Grep 3: Etablering av økonomiske insentiver

I dette punktet vil det bli sett på hvilke forhold som må være tilstede for at de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen faktisk skal virke. Først vil dagens finansieringsordninger beskrives. Deretter beskrives endringene i finansieringsmodell som følge av ny ansvarsdeling i samhandlingsreformen. Det vil bli presentert to teoretiske tilnærminger som kan vise hvordan insentivene kan virke. Med utgangspunkt i disse modellene diskuteres den nye ordningen for kommunenes medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter.

4.3.1 Dagens finansieringsordninger

Kommunene får sine inntekter på tre måter; gjennom kommunale skatter, gjennom statlige overføringer, og gjennom brukerbetaling. Skattene utgjør nesten halvparten av kommunenes inntekter. Statlige overføringer skjer som rammeoverføringer og øremerkede tilskudd. Dette utgjør i overkant av en tredjedel av kommunenes inntekter. Brukerbetaling i form av avgifter og gebyrer utgjør resten. Det er stor forskjell på kommunenes inntekts sammensetning og inntektsnivå. Mens noen kommuner kan ha statlige overføringer opp mot 80 %, kan andre kommuner ha overføringer mellom 20 og 30 %. Tilskuddene fra staten kan derfor ses på både som et virkemiddel til å påvirke de lokale prioriteringene og et virkemiddel til å sikre utjevning mellom kommunene (Hagen og Sørensen 2006, 69-71). Dette er en viktig del av norsk politikk som det ikke er rom for å komme nærmere inn på her.

Spesialisthelsetjenesten blir finansiert ved en kombinasjon av rammetildeling og innsatsstyrt finansiering. For somatikken er 60 % av finansieringen rammetildeling, mens 40 % er basert på aktivitet i 2011. Innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er finansieringen i sin helhet rammetilskudd. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg noe finansiering gjennom øremerkede tilskudd. Øremerkede midler utgjør en liten andel av det totale budsjettet. Her er det derfor valgt å se bort fra dette.

Det er i dag i praksis ingen finansiell sammenheng mellom helsetjenestetilbudene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Når fastlegen i en kommune henviser en pasient til spesialisthelsetjenesten har det ingen konsekvenser for kommunens økonomi.

I dag gjelder forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (1998). Forskriften innebærer at spesialisthelsetjenesten kan ta betaling for utskrivningsklare

pasienter fra og med ti dager etter at kommunen er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivningsklar (1998). Døgnprisen er satt til kr. 1600 (Helse- og omsorgsdepartementet 2002). Mange helseforetak har ikke benyttet seg av denne ordningen. Begrunnelsen har til dels vært at en har ønsket å regulere samarbeidet gjennom avtaler, og dels har det vært argumentert med at en praktisering av forskriften slik den er i dag i praksis gir kommunen en betalingsfri periode på 10 dager etter at pasienten er definert utskrivningsklar. I tillegg har døgnprisen vært så lav at det har vært argumentert med at den ikke er noe insitament for kommunene til å ta pasienter raskt ut fra sykehusene. Oslo kommune og sykehusene i hovedstaden har inngått en egen avtale hvor den betalingsfrie perioden er satt til 7 dager og døgnprisen er satt høyere enn i forskriften. Dette har likevel ikke løst problemene med pasienter som venter på kommunale omsorgstilbud.

4.3.2 Endringer i finansieringsmodell som følge av ny ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommune

Fra 2012 innføres kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Den kommunale medfinansieringen innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for deler av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Kommunene får også en direkte betalingsplikt for pasienter som er utskrivningsklare, men som fortsatt får et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette er ment som et insentiv til kommunene for å etablere gode tilbud til disse pasientgruppene. Medfinansieringen og betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter gjelder aktivitet som er inkludert i den innsatsstyrte finansieringen. Det gjelder ikke finansiering av aktivitet innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kommunene skal opprette kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoppholdstilbud. Regjeringen har forslått en gradvis oppbygging fram mot 2016, og Kommuneproposisjonen 2012 foreslår at midler til dette gradvis overføres i tråd med oppbyggingen. Det er imidlertid de nye ordningene med medfinansiering og betalingsplikt som griper mest inn i både kommunenes og helseforetakenes drift og finansiering fra 2012, og det er dette jeg vil omtale her.

Jeg har erfart at det knytter seg stor usikkerhet og manglende kunnskap om hvordan disse endringene vil slå ut i daglig drift og for økonomien både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Når dette skrives er omfordeling av budsjettmidler mellom spesialisthelsetjenesten ved staten og kommunene gjennomført via statsbudsjettet ved en

overføring av om lag 5,6 mrd kroner fra helseforetakene til kommunene. Kommunene har fått sine nye rammer og er i sine respektive budsjettprosesser. Helseforetakene er i budsjettprosess med sine eiere. Kommunenes betalingsplikt overfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale medfinansieringen vil skje på grunnlag av foretakenes innrapportering av pasientdata til Norsk Pasientregister – NPR. Dette innebærer at det er helseforetakenes registreringer av pasientdata som er grunnlaget for beregningene.

Det har vært og er fortsatt stor usikkerhet knyttet til de økonomiske forutsetningene i samhandlingsreformen. I Kommuneproposisjonen for 2012 beskrives de økonomiske forutsetningene som har vært grunnlaget for statsbudsjettet. Midlene som overføres til kommunene for kommunal medfinansiering er finansiert av en tilsvarende reduksjon av ISF-bevilgningen til de regionale helseforetakene. Analysene i Kommuneproposisjonen var basert på 2010-tall som viste at overføringen ville bli rundt 4,2 milliarder 2010-kroner. Tilsvarende ble det beregnet at utskrivningsklare pasienter medførte en samlet kostnad på rundt 560 millioner for alle landets helseforetak. I statsbudsjettet er det foreslått overført 5,6 mrd kroner til kommunene for å ta høyde for medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. I tillegg har regjeringen foreslått at det bevilges 740 millioner til oppfølging av samhandlingsreformen.

Høringen på forskrift for kommunal medfinansiering og forskrift for betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter hadde høringsfrist 6. oktober 2011. Når dette skrives er de nye forskriftene ikke ferdig. I denne studien er det forutsatt at de nye forskriftene ikke får vesentlige endringer i forhold til forslagene som har vært på høring.

Fra 2012 vil betalingssatsen for en utskrivningsklar pasient økes til 4000 kroner pr døgnopphold fra første dag. Regjeringen har også foreslått tilskudd til 1 500 nye heldøgns omsorgsplasser i omsorgsboliger og sykehjem.

4.3.3 To tilnærminger for å vurdere de økonomiske insentivene

Det vil bli brukt to teoretiske tilnærminger for å belyse grep 3 – etablering av økonomiske insentiver. Først brukes en tilnærming som innebærer en vurdering av insentiv versus risiko. Denne modellen er hentet fra Jon Magnussens undervisning ved det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo (2011). Deretter anvendes en principal-agent tilnærming. Denne tilnærmingen er basert på Terje P. Hagens undervisning

ved samme studium (2010). Lars Erik Kjekshus sin beskrivelse av principal-agent tilnærmingen i artikkelen ”Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? –Hva sier aktuelle teorier så langt?” (2005) er også brukt. Av plasshensyn vil disse tilnærmingene omtales svært overordnet her.

Samhandlingsreformen innebærer et utvidet ansvar og større aktivitet i kommunehelsetjenesten, og endret ansvar med dempet aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. Grovt sett kan en innenfor dagens struktur i helsetjenesten ha tre finansielle tilnærminger for å oppnå denne forskyvningen av oppgavefordelingen:

- a) Flytting av ressurs(vekst) fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten
- b) Flytting av ressurs(vekst) kombinert med kommunal medfinansiering
- c) Øremerking/tilskuddsordning (Magnussen 2011).

Flytting av ressurser (a) fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten alene gir svakt incentiv til kommunal satsning på styrking av kommunehelsetjenesten fordi spesialisthelsetjenestene fortsatt er gratis. Øremerking eller tilskudds finansiering (c) er mer treffsikkert for oppbygging av tilbud i kommunene, men det må da få konsekvenser for kommunal og regional inntektsfordeling. Flytting av ressurser (b) med lav medfinansiering vil innebære svakt insentiv for kommunene til å overta ansvar og oppgaver. Flytting av ressurser med høy medfinansiering vil gi stor risiko for små kommuner.

Modellen for vurdering av insentiv versus risiko går enkelt ut på at jo større det økonomiske insentiv for endring er, jo høyere kan vi forvente at den økonomiske risiko vil være. Dette innebærer også at jo mindre villig en er til å ta økonomisk risiko, jo mindre økonomiske insentiver er tilgjengelige og virkningsfulle. I denne modellen vil volum ha betydning. Dette innebærer at små kommuner vil være mer sårbare eller utsatt ved høy risiko enn store kommuner. Dette fordi forbruk av helsetjenester til en viss grad er uforutsigbart, og variasjon i forbruk vil kunne slå kraftigere ut i små befolkningsgrupper eller kommuner. I følge Jon Magnussen (2011) har ikke små kommuner kommunestruktur som kan håndtere en høy medfinansiering. Medfinansieringsansvaret kan derfor føre til behov for utvikling av ulike modeller for kommunalt samarbeid.

Prinsipal-agent tilnærmingen er en modell som belyser hvordan insentivsystemer kan brukes for å oppnå principalens mål. I denne sammenhengen vil kommunen være principalen og sykehuset være agenten. Tilnærmingen tar som utgangspunkt at aktørene vil ønske å forfølge

sine egne interesser. Forholdet mellom principalen og agenten er basert på tre forutsetninger: a) hel eller delvis interessekonflikt, b) asymmetrisk informasjon, og c) agentens aktivitet (Kjekshus 2005, 58). I den nye oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene får kommunene (principalen) et finansieringsansvar for oppgaver som utføres av sykehuset (agenten). Det er ikke gitt at kommune og sykehus har samme mål eller at sykehuset vil bruke ressursene for å nå kommunens mål. I en situasjon hvor oppgavefordelingen mellom sykehus og kommune endres kan en heller tenke seg at aktørene faktisk har ulike mål. Kommunen har kun begrenset innsyn i sykehusets aktiviteter, det vil være en situasjon med asymmetrisk informasjon. Sykehusets aktivitet vil også kunne bestemmes av andre forhold som for eksempel konkurranseforhold rundt intern oppgave- og funksjonsdeling, rekruttering med mer.

Disse to modellene danner grunnlaget for den videre diskusjon.

4.3.4 Kommunenes medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Stortinget har vedtatt en modell for medfinansiering som innebærer at det blir flyttet midler fra foretakenes ISF-del av finansieringen til kommunene. Kommunene får ansvar for 20 % medfinansiering av deler av sykehusenes aktivitet. Det er forutsatt at endringene i finansiering skal virke som et insentiv for kommunene til å overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig forutsettes det at endringen i overføring til helseforetakene skal virke som et insentiv til helseforetaket for å dempe vekst og tilpasse seg samhandlingsreformens intensjoner.

Regjeringen har lagt opp til at kommunene skal bli 20 % medfinansierende på alle medisinske opphold og konsultasjoner for alle somatiske pasienter i alle aldersgrupper fra 2012. Unntatt fra medfinansieringen er kirurgi, fødsler, nyfødte barn og kostbare biologiske legemidler. Det er lagt opp til et tak for medfinansiering på 30 000 kroner for ressurskrevende opphold. Svært få pasienter med medisinske diagnoser vil kunne få en DRG-vekt som gjør at de når taket. For kommunene utgjør dette en svært liten andel pasienter. Denne pasientgruppen vil ha større betydning for helseforetakets planlegging. Høye utslag på DRG-vekting er først og fremst på kirurgiske DRG hvor kommunene ikke får medfinansieringsansvar.

Alle pasienter som behandles i somatiske sykehus får en diagnosekode. Denne diagnosekoden har en definert sats eller DRG-kode som vektes i et kronebeløp. Enhetsrefusjonen for et nasjonalt DRG-poeng var i 2010 kr. 35 964. Det kommunale medfinansieringsansvaret ville med 2010-priser innebære at kommunene skulle medfinansiere alle medisinske (med de unntak som er gjort – se over) DRG-poeng med kr. 7 193. For at kommunene skal kunne beregne kostnadene til medfinansieringsansvaret må de ha eksakte data på produserte DRG-poeng for sin befolkning. Denne informasjonen er foreløpig lite tilgjengelig. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med hvordan de skal sikre at kommunene får nødvendig datagrunnlag for å beregne medfinansieringen.

Ved å gjøre søk i foretakenes pasientadministrative systemer kan en enkelt finne antall sykehusopphold og antall medisinske DRG pr kommune pr måned, tertial eller år. Når dette tallet for antall DRG multipliseres med 20 % av enhetsprisen for ett DRG-poeng vil partene få en konkret sum som viser hvilket forbruk den enkelte kommune har hatt av sykehustjenester for definerte pasientgrupper. Disse erfaringstallene kan brukes til planlegging. Jo lavere befolkningstall kommunene har, jo større usikkerhet vil det være forbundet med å bruke erfaringstallene i planlegging. I en liten kommune kan en pasient med flere sykehusopphold på ett år gi store utslag.

Det er selvfølgelig en utfordring for kommunenes planleggere at de ikke har tilgang til disse databasene.

For å få mer detaljert kunnskap om enkelte pasientgrupper kan en se på sammensetningen av diagnoser innenfor enkelte hoveddiagnosegrupper som er aktuelle for fremtidig tilbud i kommunehelsetjenesten. To av disse gruppene er for eksempel pasienter med kronisk obstruktive lungelidelser og pasienter med hjertesvikt.

Insentiv versus risiko tilnærming

Medfinansieringen skal stimulere kommunene til å oppnå bedre helseeffekt ved å bruke ressursene på annen måte. Kommunene skal også bidra til å bruke sykehusene riktigere. En del av samhandlingsreformens intensjon er at kommunene skal utvikle helse- og omsorgstilbud før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus. Det handler om forebygging, tidlig intervensjon og bedre koordinering av tjenester. Det økonomiske insentivet ligger her i at kommunen kan redusere sine utgifter til sykehusbehandling forutsatt at kommunen har

alternativt behandlingstilbud. Litt spisset kan en da trekke konklusjonen at kommunen skal gi pasienten samme eller et bedre helsetjenestetilbud for 20 % av den prisen sykehuset får betalt for å gjøre den samme tjenesten.

Når medfinansieringen ikke er satt høyere enn 20 % må vi anta at regjeringen har gjort en avveining mellom det å gi et sterkt insentiv og ikke å skape for stor risiko for kommunene. Det er rimelig å anta at 20 % medfinansiering kun er et svakt insentiv for at kommunene skal utvikle sine tjenester i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Å gi kommunalt alternativt behandlingstilbud vil sannsynligvis koste mer enn den sparte medfinansieringen. 20 % medfinansiering innebærer heller ikke stor risiko for kommunene. Det kan derfor være en god økonomisk løsning for kommunene å fortsette å legge pasienter inn i sykehus.

Principal-agent tilnærming

For det første er det ikke gitt at kommune og sykehus vil ha samme mål eller interesser for å følge samhandlingsreformens intensjoner. Den ulike målforståelsen er beskrevet innledningsvis under punkt 1.1. Ledelsen og eller de ansatte i en medisinsk avdeling kan for eksempel ha større interesse av å behandle pasienter for å sikre opprettholdelse av sitt eget fagmiljø, behandlingstilbud og arbeidsplasser, enn av å tilpasse sin virksomhet til kommunenes mål som kan være å redusere antall innleggelser. For det andre, når en pasient er henvist til spesialisthelsetjenesten er det spesialisthelsetjenesten som avgjør det videre behandlingsforløp. Det betyr at kommunen mister kontroll og muligheten til å regulere omfanget av behandling når pasienten først er henvist. Kommunen mangler informasjon om sykehusets aktiviteter. For det tredje er det forhold som begge parter har liten kontroll over, og som påvirker aktivitetene. Det kan for eksempel være etablerte henvisningsrutiner mellom fastleger og sykehus som gjør at både kommune og sykehus ikke har kontroll over innleggelser. Hvis disse tre forholdene er til stede kan det oppstå effektivitetsproblemer. Dette kan komme til uttrykk ved at den medisinske avdelingen utnytter situasjonen og følger sine egne mål.

Denne tilnærmingen er valgt for å belyse at kommunen kan ha utfordringer med å følge opp sine mål når de ikke selv kan ta beslutningene. Kommunene er avhengig av at utføreren eller agenten som her er sykehuset følger de samme målene. Medfinansiering som kommunalt virkemiddel for å gjennomføre endring av pasientforløp har derfor en usikker side når kommunen ikke har beslutningsmyndighet over agenten – det vil si sykehuset.

Ut fra disse tilnærminger kan vi trekke konklusjonen at det er tvilsomt at 20 % medfinansiering alene vil være et insentiv til å etablere de alternative behandlingsforløp.

4.3.5 Kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

1 januar trer den nye forskriften om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i kraft. Betalingsplikten inntreffer med en gang pasienten er definert som utskrivningsklar og dette er meldt kommunen. Døgnsatsen er satt til 4 000 kroner.

Kommunene har ulik praksis når det gjelder hvor raskt de kan tilby en pasient et kommunalt omsorgstilbud. Helseforetakene har i flere tiår hatt stort fokus på denne praksisen og partene har utviklet ulike samarbeidsmodeller for å lykkes med en smidig overgang fra sykehus til kommunehelsetjeneste. Det er usikkert hvor gode data helseforetakene har over antall utskrivningsklare pasienter og antall liggedøgn for pasienter som er definert utskrivningsklare. Det vil bli av stor betydning at registrering av utskrivningsklare pasienter kvalitetssikres før betalingsansvaret inntreffer.

Kommuneproposisjonen hevder at små kommuner har forholdsvis færre utskrivningsklare pasienter enn store kommuner. Det har i mange år vært kjent at for eksempel Oslo kommune og kommunene Asker og Bærum har hatt betydelige problemer med å håndtere utskrivningsklare pasienter. I Oslo har dette ført til samarbeidsavtaler og en rekke tiltak. Her har partene også inngått en avtale om betalingsplikt som har vært strengere enn forskriften. I Asker og Bærum har det ikke vært et ønske mellom partene å benytte forskriften om betalingsplikt. Kommunene Asker og Bærum og Bærum sykehus har gjennom samarbeidet i ”Helse Asker og Bærum” utviklet samarbeidsrutiner og et spesialtilpasset forsterket sykehjem for oppfølging av disse pasientene. Det ble innført registreringsrutiner, laget meldeskjemaer og systemer for rask håndtering av disse, og det ble lagt vekt på tett dialog og samhandling mellom sykehus og kommunene. Bærum kommune hadde størst volum av utskrivningsklare pasienter. De valgte å opprette et team som daglig besøker sykehuset og gjør vurderinger av pasienter før utskrivning samtidig som det ble opprettet en egen intermediærenhet. Denne satsningen har vært fruktbar. Den førte til en betydelig redusering i gjennomsnittlig liggetid (St. meld. nr. 47 2008-2009, 60). Disse eksemplene er tatt med fordi de viser at betalingsordninger ikke alene har bidratt til å løse denne problemstillingen. Samtidig har en fått erfaring med at andre typer tiltak kan ha effekt.

En sykehjemsplass er beregnet å koste mellom 1300 og 1800 kroner pr. døgn. Det innebærer at kostnaden ved å ha en utskrivningsklar pasient i sykehuset langt overskrider prisen på en kommunal sykehjemsplass. Dette gir kommunen et reelt økonomisk handlingsrom til å etablere alternativt tilbud fra 2012.

Insentiv versus risiko tilnærming

Ved å sette døgnprisen for en utskrivningsklar pasient til 4000 kroner ser det ut som regjeringen har skapt et sterkt insentiv for at kommunene skal overta utskrivningsklare pasienter raskt. For sykehusene vil det ha stor betydning å frigjøre areal og kapasitet når disse pasientene reiser raskere ut.

Principal-agent tilnærming

Også her representerer kommunen principalen og sykehuset agenten. Kommunen vil ønske å ta pasienten raskt ut for å hindre unødige kostnader. Selv om sykehuset kan ha en inntekt på at utskrivning forsinkes, er det lite sannsynlig at dette vil vurderes lønnsomt og ønskelig fra sykehusets side. For sykehuset vil rask utskrivning av utskrivningsklare pasienter heller kunne bidra til at spesialisthelsetjenesten når sine mål – spesialisthelsetjenesten kan i større grad bruke sin spesialiserte kompetanse. Her kan vi derfor anta at principal og agent har like interesser. Det vil likevel være en situasjon med asymmetrisk informasjon. Det er lege i spesialisthelsetjenesten som definerer når en pasient er utskrivningsklar. Kommunen kan ikke påvirke denne beslutningen, og vil ha begrenset informasjon om forløpet og handlinger forut for dette. Dette kompenseres delvis ved at partene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler om utskrivning av pasienter hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6 og spesialisthelsetjenesteloven nye § 2-1e. Noen forhold vil partene ha liten innflytelse over. Dette kan for eksempel være uforutsigbare svingninger i sykkelighet i befolkningen, som for eksempel ved Norovirus epidemier hvor både sykehus og kommune får en ekstra belastning med syke pasienter. Dette er imidlertid en situasjon som går over. Vi ser her at det er lite sannsynlig at alle tre forhold vil være tilstede. Derfor reduseres også faren for at det oppstår effektivitetsproblemer.

Med utgangspunkt i vurderingene i disse to tilnærmingene kan en trekke konklusjonen at det er sannsynlig at det økonomiske insentivet som er knyttet til forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil virke etter hensikten. Kommunen og sykehuset vil ha felles

interesse av å legge til rette for at utskrivningsklare pasienter kan komme raskt ut av sykehuset.

4.3.6 Oppsummering grep 3

De økonomiske insentivene i samhandlingsreformen er i hovedsak knyttet til kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunenes medfinansiering av deler av spesialisthelsetjenesten.

Det er her vist at den planlagte medfinansieringen av deler av spesialisthelsetjenesten representerer et svakt insentiv for kommunene til å overta deler av pasientbehandlingen. Det er lite realistisk at kommunene skal kunne bygge opp nye tjenester for 20 % av den kostnad som sykehusene har på samme tjeneste. For de små kommunene representerer denne medfinansieringen en større risiko enn for de store kommunene.

Det er videre vist at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter representerer et reelt økonomisk insentiv for kommunene til å ta pasienter raskt ut av sykehusene. Det er realistisk at kommunene selv kan etablere tilbud som har lavere kostnad enn kostnaden ved å ha utskrivningsklare pasienter liggende i sykehusene.

4.4 Grep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Her vil det bli sett på hvilke forhold som kan bidra til at spesialisthelsetjenesten i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, og hvordan samhandlingsreformen vil spille i en rolle i denne utviklingen. Først beskrives dagens spesialisthelsetjeneste. Deretter gjøres det rede for føringer og krav som er lagt for spesialisthelsetjenestens utvikling generelt og i sammenheng med samhandlingsreformen. Forståelse av hvordan organisasjoner utvikler seg og teori om koordineringsmekanismer vil bli brukt som teoretisk tilnærming for diskusjonsdelen.

4.4.1 Dagens spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesteloven definerer spesialisthelsetjenestens formål.

Spesialisthelsetjenesten skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og

funksjonshemming. Den skal bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig tjenestetilbud. Ressursene skal utnyttes best mulig og tjenestetilbudet skal tilpasses pasientenes behov og være tilgjengelig for pasientene (2001).

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Eierskapet for sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten i 2002 under ”Helsereformen”. Endringen var begrunnet i behovet for å effektivisere helsetjenesten. Tre viktige strukturelle endringer ved Helsereformen er (Ot.prp. nr. 66 2000-2001; Kjekshus 2005, 54-55):

1. Sykehusene overføres fra 19 fylkeskommuner til fem regionale helseforetak. Det er redusert til fire regionale helseforetak fra 2007. Det var en forventning om at dette skulle føre til oppgave- og funksjonsfordeling og sammenslåing av sykehus.
2. Overgangen fra fylkeskommunalt eierskap til statlig eierskap innebærer en politisk sentralisering og lokal avpolitisering.
3. Overgangen fra forvaltningsorganisering til foretaksmodell innebærer at sykehusene ble egne rettssubjekter med eget driftsansvar, resultat- og ansettelsesansvar.

Helsereformen er beskrevet som en organisasjons- og eierskapsreform. Det statlige eierskapet medfører at helse- og omsorgsdepartementet har full styringsmulighet over foretakene. Det er snart 10 år siden Helsereformen trådte i kraft. Før reformen var det godt over 100 sykehus. De offentlig eide sykehusene er i dag slått sammen til 22 helseforetak som er organisert under de fire regionale helseforetakene. Det er fortsatt knyttet stor uro til den interne organiseringen og oppgave- og funksjonsfordelingen i flere av foretakene, for eksempel i Oslo Universitetssykehus, Vestre Viken og Helse Møre- og Romsdal. Dette speiles gjennom medias oppslag.

4.4.2 Krav til spesialisthelsetjenesten

Kravene til spesialisthelsetjenestens framtidige rolle og utvikling finner vi først og fremst i Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen (2008-2009), i Nasjonal helse- og

omsorgsplan (2011-2015), og i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene (Helse Sør-Øst RHF). Stortingsmelding 47 gir føringer for utviklingen av framtidens spesialisthelsetjeneste som skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester (2008-2009, 111). Her stilles krav til spesialisering, standardisering og koordinering. Videre sies det:

”En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten som må utnyttes på en systematisk måte. Dette gir sykehusene bedre muligheter til å prioritere og videreutvikle sine faglige og organisatoriske konkurransefortrinn – som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet” (2008-2009, 111).

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2011) gir ytterligere føringer for spesialisthelsetjenestens utvikling. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i tydeligere spesialisert retning. Samtidig skal dagens desentraliserte sykehusstilbud opprettholdes, blant annet for å sikre nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Nasjonal helse- og omsorgsplan reiser problemstillingen rundt arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det reiser også problemstillingen rundt arbeidsdelingen mellom sykehusene, og gir føringer for at enkelte sykehus skal utføre andre oppgaver enn i dag. Dette begrunnes blant annet med samhandlingsreformen.

Regjeringen gir en klar føring for at foretaksmodellen i spesialisthelsetjenesten skal videreføres. Dette er en politisk viktig føring fordi foretaksmodellen har fått mye kritikk. Regjeringen vil også styrke fødselsomsorgen og bygge ut differensierte fødetilbud. Innsatsen for psykisk helse skal styrkes med fokus blant annet på reduksjon av tvang. Ventelistene skal reduseres (Meld. St. 16 2011-2015, 73). Regjeringen har her valgt å gi føringer innen områder som har stor mediedekning og politisk interesse.

I nasjonal helse- og omsorgsplan gis det en klar føring for at spesialisthelsetjenesten skal få en tydeligere rolle i å støtte kommunene. Et eksempel er at lokalsykehusene skal ha en tydelig plass i behandlingsskjeden. Spesialisthelsetjenesten skal styrke sin rolle utenfor sykehusene, for eksempel i de lokalmedisinske sentre. Det skal bli bedre tilgjengelighet til psykisk helsevern. Kommune og helseforetak skal samarbeide om akuttmedisinske tjenester.

Nasjonal helse- og omsorgsplan gir også føringer for spesialisering av spesialisthelsetjenesten. Den framtidige sykehusstruktur skal bygge på bedre samarbeid og

arbeidsdeling mellom sykehusene. Funksjoner skal samles der det er nødvendig av kvalitetshensyn, samtidig som funksjoner skal desentraliseres der det er mulig. Og fristbrudd for rettighetspasienter aksepteres ikke (2011-2015, 10).

De regionale helseforetakene får detaljert bestilling på sine oppgaver gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra Helse og omsorgsdepartementet. Disse styringsbudskapene behandles videre som oppdrag og bestilling til det enkelte helseforetak (Helse Sør-Øst RHF).

Vi ser over at føringene trekker i ulike retninger. Vi får et bilde av en spesialisthelsetjeneste som samtidig skal sentralisere og desentralisere. Sykehusene skal bli mer spesialisert og samtidig skal spesialisthelsetjenesten styrke sin rolle utenfor sykehusene og støtte kommunene i samhandlingsreformen. Spesialisthelsetjenesten skal arbeide med koordinering og helhetlige pasientforløp. Veksten i somatikken skal dempes, mens psykisk helse og rus fortsatt skal styrkes. Spesialisthelsetjenesten skal ha internasjonalt nivå. Innenfor for eksempel kreftbehandling betyr dette standardisering av behandlingsmetoder og samling av store volum pasienter.

4.4.3 Organisasjoners utvikling og koordineringsmekanismer

Det følgende er basert på Henry Mintzbergs forståelse av hvordan organisasjoner utvikler seg og virker (1989), og Ole Bergs undervisning i ledelse på det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon (2010).

Organisering er et virkemiddel for og nå en organisasjons mål. Ole Berg viste i sin undervisning til tre ulike typer regelsett som kan drive en organisasjons utvikling; kompetanseregler, forholdsregler og prosessregler (2010).

Kompetanseregler eller statutter er regler som bestemmer hvordan en organisasjon skal se ut. De tildeler autoritet, og finnes for eksempel igjen i en organisasjons stillingsbeskrivelser. Det formelle hierarkiet er et uttrykk for en organisasjons kompetanseregler. Kompetansereglene er forankret i et juridisk tankesett.

Forholdsregler eller atferdsregler er regler om hvordan en skal oppføre seg. I et sykehus finnes uskrevede regler for hvordan de ulike yrkesgruppene skal oppføre seg overfor hverandre. Det er også regler for hvordan personer innen samme faggruppe skal opptre i forhold til hverandre. Enkeltpersoner og grupper har roller. Rollene er knyttet til

autoritetsforhold, og har sammenheng med arbeidsdelingen. Arbeidsdelingen fører til spesialisering. Spesialiseringen innen medisinen er et uttrykk for dette. En ser også spesialisering innen andre faggrupper, for eksempel i sykepleien.

Prosessregler forteller hvordan den enkelte ansatte i organisasjonen skal arbeide. Det vil si hvordan prosessene skal foregå. Prosessreglene finner vi igjen i prosedyrer, retningslinjer og regler for aktiviteten i sykehusene. ISO-sertifiseringsarbeid og kvalitets håndbøker kan ses som et uttrykk for hvordan sykehus i dag arbeider med prosessregler. Prosessreglene bidrar til å koordinere aktivitetene. Økende grad av spesialisering krever mer koordinering.

Henry Mintzberg beskriver organisasjoners utvikling og organisasjoners koordineringsmekanismer (1989, 95-115). En organisasjon kan beskrives ut fra hvordan den organiserer sin arbeidskraft for å løse de definerte oppgavene. Jo mer spesialisert oppgavene er, jo strammere vil de bli koordinert. En enkel form for koordinering er når for eksempel to kollegaer kommuniserer uformelt med hverandre. Dette kalles gjensidig tilpasning. Når kompleksiteten øker skjer det en overgang til direkte veiledning. Dette innebærer at en person gir instruks eller ordre til flere andre som utfører arbeid som har en sammenheng. For eksempel når et operasjonsteam mottar instruks fra hovedoperatøren. Etter hvert som arbeidet blir mer avansert eller spesialisert vil det føre til standardisering av arbeidsprosesser, standardisering av resultater, standardisering av ferdigheter og kompetanse, og til slutt standardisering av normer. Standardisering av arbeidsprosesser ser vi igjen i arbeid med pasientforløp og behandlingslinjer. Standardisering av resultater ser vi blant annet uttrykt gjennom arbeidet med kvalitetsmålinger og nasjonale kvalitetsindikatorer. Standardisering av ferdigheter og kompetanse kan vi se i spesialistutdanningssystemet for leger. Standardisering av normer innebærer at alle ansatte i en organisasjon fungerer etter det samme tanke settet eller verdigrunnlaget.

De ulike formene for standardisering kan ses som uttrykk for en industrialisering av virksomheten. Det industrielle tanke sett er basert på et ønske om å effektivisere produksjonen gjennom standardisering av arbeidsoperasjoner. Fokus på prosessorganisering og stordriftsfordeler er uttrykk for det industrielle tanke sett.

Vi snakker også om formelle og uformelle organisasjoner. Den formelle organisasjonen beskrives gjerne på et organisasjonskart, og beskriver hvordan organisasjonen skal virke. Den uformelle organisasjonen er et bilde av hvordan organisasjonen faktisk virker. Dette

innebærer at det i en organisasjon er både formelle og uformelle autoritetslinjer. Det kan oppstå problemer når disse styringssystemene arbeider etter forskjellige regler og med forskjellig mål.

4.4.4 Sentralisering, standardisering og spesialisering

Spesialisthelsetjenesten består av komplekse organisasjoner. Det er over vist at kravene til spesialisthelsetjenesten er mangfoldige, og til dels går i ulike retninger.

Spesialisthelsetjenesten blir sterkt styrt av kompetanseregler. Når helse- og omsorgsplanen (2011-2015, 73) beskriver at Helse- og omsorgsdepartementet vil ha spesielt fokus på at foretaksmodellen skal videreføres og utvikles kan dette ses som et sterkt overordnet styringssignal. Som en del av samhandlingsreformen gjennomføres det en omfattende revisjon av lover og forskrifter. Dette er en oppfølging av den store fornyelsen i helselovgivningen som ble startet i forbindelse med helsereformen. Regulering gjennom lovgivning er en viktig faktor i utviklingen av en organisasjon. Når helsemyndighetene gir ut nasjonal veileder for samarbeidsavtaler mellom de regionale helseforetakene / helseforetakene og kommunene er det en måte å regulere samarbeidet mellom partene gjennom kompetanseregler (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Det kan se ut som staten bruker slike kompetanseregler for å sikre en utvikling av spesialisthelsetjenesten som støtter opp om samhandlingsreformens intensjoner og den nye oppgavefordelingen mellom stat og kommune. Fokuset på utvikling og forbedring av foretaksmodellen, de stramme styringssignalene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets styringslinje, og tilpasninger og endringer i lovverket er alle uttrykk for helsemyndighetenes organisering av spesialisthelsetjenesten generelt og helseforetakene spesielt. Helsemyndighetene griper med dette inn i organiseringen av spesialisthelsetjenestene for å styre dem i ønsket retning.

Forholdsreglene er knyttet til utviklingen av roller som følger av arbeidsdeling. Av dette følger autoritetsforhold. Staten kan også påvirke organisasjoners utvikling gjennom forholdsregler. Når reguleringen av spesialistutdanningen for leger flyttes fra Legeforeningen til Helsedirektoratet er dette en måte å regulere utviklingen av roller i helsetjenesten. Endring av utdanningsopplegg kan også brukes for å påvirke faggruppers rolle. Som en oppfølging av endringsarbeidet i samhandlingsreformen er en ny stortingsmelding om velferdsutdanningene snart klar. § 3-9 i spesialisthelsetjenesteloven (1999) har bestemmelser om hvordan sykehus skal organiseres og hvem som kan være leder i sykehus. I følge loven skal sykehusene

organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at denne lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det også pekes ut medisinskfaglige rådgivere. Lovgivningen bidrar her til å regulere den interne organiseringen, eller roller og forholdsreglene i sykehusene.

Helsemyndighetenes ulike reguleringer av spesialisthelsetjenestens roller og arbeidsdeling støtter opp om den ønskede spesialiseringen av spesialisthelsetjenesten, og støtter dermed opp om intensjonen om at spesialisthelsetjenesten i større grad skal bruke sin spesialiserte kompetanse.

Helsemyndighetenes regulering av spesialisthelsetjenesten gjennom prosessregler er kanskje den mest åpenbare styringsformen. Dette er synlig gjennom utarbeidelse av nasjonale retningslinjer som for eksempel veiledere for prioritering (Helsedirektoratet 2011).

Prosessreglene kommer til uttrykk gjennom ulike former for koordinering.

Samhandlingsreformens utfordring 1 handler om at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok. Tjenestene er fragmentert, se under kapittel 1. En rekke tiltak fra helsemyndighetene kan settes i sammenheng med intensjonen om at tjenestene skal koordineres og dermed standardiseres bedre. Nasjonale veiledere og retningslinjer gir oppskrifter for arbeidsprosesser som prioritering, terminal sedering, med mer.

Helseforetakenes resultater følges opp gjennom omfattende rapportering til helsemyndighetene. Helsemyndighetene griper sterkere inn i utdanning og autorisering av helsepersonell. Når det gjelder standardisering av normer ser det ut som dette er det vanskeligste området å regulere. Å få de store nyfusjonerte helseforetakene til internt å fungere etter samme normer er krevende. Mediedekningen av Oslo Universitetssykehus og Vestre Viken gir eksempler på dette.

Helsemyndighetene har over tid regulert spesialisthelsetjenestens utvikling og organisering gjennom kompetanseregler, forholdsregler og prosessregler. Dette er det argumentert med at har bidratt til en spesialisering og standardisering av tjenestene. Kravet til store volum og standardiserte prosedyrer bidrar i tillegg til en viss sentralisering av enkelte behandlingstilbud, som for eksempel kreftbehandling. Med grunnlag i den teoretiske tilnærmingen som er vist her kan en argumentere for at samhandlingsreformens sterke krav om at tjenestene skal koordineres bedre, og fokuset på pasientforløp vil bidra til at spesialisthelsetjenesten i større grad vil utvikles til å kunne bruke sin spesialiserte kompetanse.

4.4.5 Oppsummering grep 4

Samhandlingsreformen legger klare føringer for at spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Vi har sett at kravet om spesialisering har sammenheng med sentralisering og standardisering. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten støtte kommunene i deres oppgaveløsning gjennom gode lokalt baserte tjenester både som lokalsykehusfunksjoner og for eksempel knyttet til de framtidige lokalmedisinske sentre.

Sykehusene har tradisjonelt en organisering og funksjoner som er rettet mot medisinsk helbredelse. Sentraliseringstanken støtter dette målet. Det er sannsynlig at spesialisthelsetjenesten vil utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse fordi dette allerede er en del av dette forvaltningsnivået tradisjon. Kravet om å støtte kommunene i deres oppgaver er basert på mer tradisjonell kommunal tankegang hvor pasientenes funksjonsnivå og mestringssevne er målet. En kan si at dette representerer to ulike behandlingstradisjoner. Det kan derfor oppstå en målkonflikt. Selv om samarbeid med kommunene skal lovreguleres er det grunn til å knytte usikkerhet til hvordan sykehusene vil løse disse ulike utviklingskravene.

4.5 Grep 5: Tilrettelegge for tydelige prioriteringer

Samhandlingsreformen skal tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. Tydeligere prioriteringer innebærer at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene skal rettes inn mot helheten i pasientforløpene. Pasientforløpene skal svare til pasientgruppers eller pasienters behov (St. meld. nr. 47 2008-2009, 16).

Først belyses grunnlaget for prioritering i dagens helsetjeneste. Deretter ses det på de føringer som gis i samhandlingsreformen. Det er brukt to artikler om prioritering av Tor Iversen som utgangspunkt for diskusjon om prioriteringssignaler i helsepolitikken. Til slutt gis en vurdering av om samhandlingsreformen faktisk kan forventes å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

4.5.1 Prioriteringssignaler i dagens helse- og omsorgstjeneste

Prioriteringer gjøres på flere nivå. Helsearbeidere gjør kontinuerlig prioriteringer i sitt arbeid. Noen er velbegrunnede og dokumenterte, andre skjer mer automatisk som en del av selve

arbeidet. Den grunnleggende yrkesetikken danner et fundament for helsepersonellens daglige prioriteringer. Hver faggruppe har sine etiske retningslinjer eller regler, som for eksempel Legeforeningens etiske regler for leger (Den norske legeforening 2011) og Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011).

I et folkehelseperspektiv kan en hevde at også det enkelte individ gjøre daglige prioriteringer om egen helse gjennom valg av atferd som fremmer eller hemmer helsen.

Det gjøres også prioriteringer på mer overordnet nivå. Dette skjer i Stortinget, i Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene, i kommunene og så videre. Pasientrettighetsloven trådte i kraft i 2001 som en del av den nye helselovgivningen under helsereformen. Pasientrettighetsloven er revidert og tilpasset intensjonene i samhandlingsreformen med ikrafttredelsestidspunkt 1. januar 2012. Pasientrettighetsloven trekker opp retningslinjene for pasientrettigheter og prioriteringer. Prioriteringsforskriften § 2 første ledd beskriver pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt."*(2000).

Å gi en pasient rett til nødvendig helsehjelp basert på kriteriene over innebærer en prioritering av helsetjenester og ressurser. Selv om pasientrettighetsloven har vært gjeldende fra 2001 kunne data fra Norsk pasientregister tyde på at det ble praktisert geografiske ulikheter prioritering av behandlingstilbud. Helsedirektoratet har derfor i samarbeid med de regionale helseforetakene og Legeforeningen utarbeidet prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder. Veilederne gir anbefaling om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og er et praktisk redskap i prioriteringsbeslutninger på pasientnivå. Veilederne skal bidra til at de sykeste får hjelp først, og at de som trenger det mest får behandling i tide. Beslutninger skal tas med større grad av trygghet for pasientene (Helsedirektoratet 2011).

Å prioritere er å gjøre valg hvor en for eksempel setter hensynet og interessene for en person eller en gruppe personer foran en annen person eller gruppe personer. Når en velger å

prioritere noe eller noen velger en samtidig å prioritere noe eller noen andre mindre eller ikke i det hele tatt.

Grunnlaget for prioritering av kommunale helse- og omsorgstjenester kommer til uttrykk gjennom pasientenes rett til nødvendige tjenester. Prioriteringskriteriene er her mindre tydelige eller uttalt.

4.5.2 Samhandlingsreformens føringer for prioritering

Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen slår fast at:

”Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.” (2008-2009, 14).

Om hovedgrep 5 sier stortingsmeldingen at:

”Med de utfordringer som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.” (2008-2009, 16).

Stortingsmeldingen slår fast at mangelen på et koordinert beslutningssystem i helse- og omsorgstjenestene må løses for å sikre framtidige prioriteringsbeslutninger som støtter helhetlige pasientforløp. Det gis få føringer for hvordan det konkret skal tilrettelegges for tydeligere prioriteringsbeslutninger. Stortingsmeldingen viser videre til arbeidet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og til ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2008-200, 34).

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble første gang oppnevnt i 2007. Rådet blir oppnevnt av helse- og omsorgsministeren. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har en rådgivende funksjon når det gjelder problemstillinger som er knyttet til kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2011). Rådets formålsparagraf sier:

”Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger.” (2011)

På rådets nettside er det enkelt å hente ut informasjon om saker. Hittil i 2011 er 21 saker satt på agendaen (19. oktober 2011). Av de 21 sakene er det bare tre som umiddelbart viser at de kan handle om prioritering; ”Informasjon om utviklingen av helsetjenesten – SAMDATA”, ”Samfunnsøkonomiske analyser i helsetjenesten – en veileder”, og ”Sosial ulikhet i helse-relevant for helse- og omsorgstjenesten” (2011). Sakene som er behandlet handler om viktige tema hver for seg. Det er imidlertid vanskelig å se hvordan disse sakene støtter helhetlige pasientforløp og legger til rette for at aktørene i helse- og omsorgstjenestene skal kunne gjøre tydeligere prioriteringer når det handler om å prioritere mellom pasienter og pasientgrupper.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen viser til at ny Nasjonal helse- og omsorgsplan skal gi utvikles til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten (2008-2009, 34). Nasjonal helse- og omsorgsplan er foran beskrevet som en forsterkning og videreføring av stortingsmeldingens ideer og føringer. Planen er mer overordnet og gir heller føringer for utviklingen av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Følgende sitat fra sammendraget i Nasjonal helse- og omsorgsplan viser bredden i de nasjonale mål og gir grunnlag for prioritering på overordnet nivå:

”En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. (2010-2011, 7).

Det er vanskelig å se for seg at planen kan være et godt operativt redskap i prioriteringsbeslutninger på praktisk nivå.

Det er hittil argumentert for at det er få føringer i de sentrale dokumentene i samhandlingsreformen som kan virke som operative redskap for å tilrettelegge for at prioriteringene skal bli tydeligere. Stortingsmeldingen slår imidlertid fast at mangelen på koordinerte beslutningssystem må løses for å sikre at de framtidige prioriteringsbeslutningene støtter helhetlige pasientforløp. Under vil det ses på hvilke forutsetninger som må være til stede for at partene kan legge et felles grunnlag for prioriteringsbeslutninger som støtter pasientforløpene.

4.5.3 Pasientforløp som grunnlag for tydeligere prioriteringer

Pasientforløp går på tvers av avdelinger og forvaltningsnivå. Når vi snakker om prioriteringsbeslutninger henger det sammen med finansieringsbeslutninger. Når et pasientforløp går på tvers av grenser mellom driftsenheter berøres økonomi og ressursbruk.

Det vil her gis en svært forenklet framstilling om forholdet mellom prioritering og finansiering. Tor Iversen skiller mellom medisinske prioriteringer og økonomiske prioriteringer i helsetjenestene (1997, 39). I medisinsk prioritering tar en ikke hensynet til kostnader ved å behandle en pasientgruppe i forhold til kostnadene ved å behandle en annen pasientgruppe når en beslutter hvilken behandlingsskapasitet som skal stilles til rådighet for hver av pasientgruppene. Det prioriteres etter vurdering av alvorlighet og / eller effekt. Når helsepersonellet tar sine prioriteringsbeslutninger i det daglige arbeidet er det i hovedsak denne typen beslutninger de tar. Stilt overfor den enkelte pasient er det hensynet til denne pasienten som veier tyngst i beslutningstakingen.

Ved økonomisk prioritering tar en hensyn til kostnader ved å behandle en pasientgruppe i forhold til kostnader ved å behandle en annen pasientgruppe når man beslutter hvilken behandlingsskapasitet som skal stilles til rådighet for hver av de to pasientgruppene. Når en kommune planlegger kommunens helse- og omsorgstilbud for kommende år tar de hensyn til budsjett, politiske føringer, egne muligheter og forventet behov for helsetjenester. Vektingen mellom tilbud for hjemmebaserte tjenester og institusjonstilbud kan være et resultat av at to pasientgrupper vurderes mot hverandre. Når et tildelingskontor for kommunale helse- og omsorgstjenester fatter sine vedtak om behandlingstilbud tar de også økonomiske hensyn. Stilt overfor flere pasientgrupper vil en søke å fordele helsetilbudet på best mulig måte. Det handler også om prioritering mellom ulike typer helsetjenester som for eksempel forebyggende helsearbeid og skolehelsetjeneste versus tilbud til eldre som ikke lenger kan klare seg uten omfattende helsehjelp.

Når vi snakker om helhetlige pasientforløp forutsetter dette at aktørene har felles oppfatning av pasientforløpet. Dersom definisjonen av pasientforløpet ikke er omforent mellom partene, kan forløpstenkning resultere i at partene skyver oppgaver og ansvar over på hverandre. Da forskyves også det økonomiske ansvaret. Helse og omsorgstjenestelovens kapittel 6 omhandler samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Samarbeidet skal bidra til at pasienter mottar helhetlige helse- og omsorgstjenester. Partene er pålagt en plikt til å inngå

samarbeidsavtaler innenfor minimum 11 definerte områder. I § 6.2 om krav til avtalens innhold, siste ledd står:

”Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres” (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

Når samarbeidet mellom kommune og helseforetak formaliseres er dette en del av arbeidet med pasientforløp. Planleggingen av pasientforløp omhandler både en medisinsk prioritering og en økonomisk prioritering. Avtalen forutsetter at det økonomiske ansvaret er avklart. Dette kan derfor ses på som en måte å koordinere beslutningssystem i helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet med pasientforløp og de formelle samarbeidsavtalene kan med andre ord ses som nyttige virkemidler for å tydeliggjøre beslutningsgrunnlaget og prioriteringene. Jo mer eksplisitte avtalene er, jo tydeligere kan vi forvente at prioriteringene vil bli.

4.5.4 Oppsummering grep 5

Vi har sett at samhandlingsreformen legger føringer for at det skal tilrettelegges for tydeligere prioriteringer. Det gis ikke konkrete anvisninger for hvordan dette arbeidet skal utføres. Det påpekes at helse- og omsorgstjenestene mangler et helhetlig beslutningssystem. Det er her argumentert for at arbeidet med pasientforløp og samarbeidsavtaler mellom partene vil kunne føre til et større fellesskap i beslutninger. Dette kan derfor ses som verktøy for å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

5 Framtidens helsetjeneste

I denne dokumentstudien har målet vært å belyse i hvilken grad vi kan forvente at tiltakene eller virkemidlene i samhandlingsreformen vil føre til realisering av de helsepolitiske målene om 1) tjenester som bedre tilfredsstiller pasientens behov for koordinerte tjenester, 2) økt innsats for å begrense og forebygge sykdom, og 3) en økonomisk bærekraftig helsetjeneste. Jeg har ønsket å gi et helhetlig bilde av samhandlingsreformen som grunnlag for å kunne fremme noen antakelser om hvordan vi kan forvente at reformen vil påvirke framtidens helsetjeneste.

I kapittel 3 ble det gjort rede for samhandlingsreformens hovedtrekk. Hvert hovedgrep ble presentert. Deretter ble de valgte teoretiske og ideologiske perspektiver for hvert hovedgrep presentert. I kapittel 4 er de fem hovedgrepene i samhandlingsreformen behandlet. I dette kapitlet vil det ses på i hvilken grad de fem hovedgrepene forventes å kunne bidra til realisering av de helsepolitiske målene.

Samhandlingsreformen bruker mange virkemidler som gjensidig vil påvirke hverandre. For å gjøre antakelser om samhandlingsreformen vil føre til realisering av de helsepolitiske mål har jeg i denne studien hatt en helhetlig tilnærming hvor jeg har sett på forventet samlet effekt av de ulike tiltak og virkemidler. Fordi dette er basert på en samlet vurdering av hva vi kan forvente vil skje ut fra ulike teoretiske og ideologiske tilnærminger, og ikke på empiri, vil vurderingene innebære en usikkerhet. I denne studien argumenter jeg likevel for at samhandlingsreformen vil ha effekt for utviklingen av framtidens helsetjeneste.

Pasientenes behov for bedre koordinerte tjenester representerer pasientperspektivet i de helsepolitiske mål for samhandlingsreformen. Målet skal løses gjennom tiltak som gir helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom alle aktørene. Samhandlingsreformen skal føre til at pasientene opplever at tjenestene er bedre koordinert.

I kapittel 4 er det argumentert for at pasienten i framtiden vil få en tydeligere rolle gjennom medvirkning både på system- og gruppenivå og på individuelt grunnlag. Dette er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Selv om det her er argumentert med at ikke alle pasienter vil ønske eller være i stand til å ta ansvar for egen helse, vil vi kunne forvente at pasienten står sterkere gjennom sine lovbaserte rettigheter. Framtidens pasienter vil i større grad sette premissene for helsetjenestens utvikling og egen behandling.

Kommunene skal ta et større ansvar for oppgavene i helsetjenestene. Samtidig som dette representerer en ny belastning for kommunene vil det nye ansvaret og de nye oppgavene bidra til å styrke kommunenes posisjon i helsetjenesten. Kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil virke som et insentiv til å ta pasienter raskt ut av sykehus og etablere bedre pasientforløp. Dette er i tråd med reformens intensjon. Jeg har argumentert for at medfinansieringsordningen ikke vil virke som et økonomisk insentiv til å ta over tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Vi ser likevel at kommunene til tross for det de oppfatter som utilstrekkelig finansiering og til dels utydelig oppgavebestilling forbereder seg på denne oppgaven. Vi kan forvente at kommunene gradvis vil løse de nye oppgavene.

Samarbeidsavtalene vil bidra til å klargjøre ny oppgavefordeling og ansvarsfordeling. Samarbeidsavtalene vil også bidra til et mer helhetlig beslutningssystem og tydeligere prioriteringer. Dette blir spesielt viktig for kommunene som skal løse de nye oppgavene. Kommunene vil gjennom dette utvikle sin nye kommunerolle.

Spesialisthelsetjenesten vil bli mer spesialisert, standardisert og sentralisert. Reguleringen av oppgaveløsningen gjennom avtaler vil sikre at sykehusene må bistå kommunene i deres oppgaver. Vi kan likevel forvente at kommunene vil ønske seg mer bistand fra spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med pasientforløp og de lovbestemte samarbeidsavtalene vil regulere samarbeidet mellom partene slik at arbeidet med bedre pasientforløp og selve samarbeidet vil utvikles videre.

Reformarbeidet foregår ikke uten hindringer. Økonomiske og ressursmessige rammevilkår vil sette begrensninger for utviklingen. Den største hindringen for utviklingen av framtidens helsetjeneste er likevel kanskje ikke begrensede økonomiske ressurser, men den ulike målforståelsen i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette blir også understøttet gjennom helsemyndighetenes styringssignaler. Å skape felles målforståelse er derfor en helsepolitisk oppgave.

Vi ser at alle de fem hovedgrepene sammen virker inn på realisering av det helsepolitiske målet om bedre koordinerte tjenester. Samarbeidsavtalene og etableringen av arenaer for samhandling vil regulere beslutningene mot mer helhetlige pasientforløp. På grunnlag av en helhetlig vurdering av de fem hovedgrepene vil jeg derfor argumentere for at samhandlingsreformen vil føre til at pasientenes behov for koordinerte tjenester i større grad vil besvares gjennom samhandlingsreformen.

Folkehelseperspektivet omhandler tiltak som skal fremme forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsearbeidet er et langsiktig strategisk arbeid for å begrense befolkningens framtidige behov for helse- og omsorgstjenester.

Befolkningen skal i større grad ta ansvar for egen helse og egne helserelaterte valg. Det er foran argumentert for at dette forutsetter at den enkelte person vil og kan ta dette ansvaret. Det forutsetter også at den enkelte har eller er i stand til å tilegne seg nødvendig kunnskap til å ta hensiktsmessige valg for egen helse. Realisering av ambisjonen om at befolkningen skal ta større ansvar for egen helse handler om endring av folks helserelaterte atferd.

Kommunene får et større ansvar for folkehelsearbeidet. Spesialisthelsetjenestens ansvar for folkehelsearbeidet er mindre synlig, men også her inngår det å begrense og forebygge sykdom som en del av de andre oppgavene.

Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer. Både det statlige og det kommunale folkehelsearbeidet inngår som en del av det andre arbeidet innenfor mange andre sektorer, som for eksempel arbeidet med sikkerhet i trafikken. Regjeringen legger opp til at en større andel av forventet vekst i helsesektoren kommer som frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten forventer regjeringen en styrking av forebyggingsarbeidet (St. meld. nr. 47 2008-2009, 83). Regjeringen foreslår konkrete tiltak som skal føre til tydeligere prioritering av arbeidet med å begrense og forebygge sykdom. Arbeidet med lærings- og mestringssentre i kommunene og skolehelsetjeneste er eksempler på dette. Kommunene skal forankre forebyggingsinnsatsen i de kommunale planene.

Det er vanskelig å synliggjøre både kostnader og resultater innenfor folkehelsesatsning. Kommunene vil stå overfor prioriteringsutfordringer i utviklingen av sin nye kommunerolle. For mange kommuner vil det være knapphet både på menneskelige og økonomiske ressurser. Kravet til innsats i folkehelsearbeidet er strengt regulert gjennom den nye helselovgivningen. Vi kan også forvente at en klarere pasientrolle hvor flere i befolkningen tar ansvar for egen helse vil påvirke folkehelsen. Jeg vil argumentere for at samhandlingsreformens mange grep og tiltak vil føre til realisering av det helsepolitiske målet om å styrke innsatsen for å begrense og forebygge sykdom. Fordi folkehelsearbeid har et langsiktig perspektiv vil det være krevende å dokumentere resultater av den styrkede innsatsen.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det et helsepolitisk mål å sikre samfunnets økonomiske bæreevne. Kostnadene til helse- og omsorgstjenestene er stadig økende. Det er et helsepolitisk mål å utvikle folkehelsen og framtidens helsetjeneste slik at samfunnet kan bære de økonomiske kostnader. Vi har en befolkningsutvikling med stadig flere eldre, og flere med kroniske og sammensatte sykdommer. Samfunnets økonomiske kostnader til helse- og omsorgstjenester skal begrenses gjennom at pasienter i større grad tar ansvar for egen helse. Flere helsetjenesteoppgaver skal forskyves fra spesialisthelsetjenesten og løses på et kommunalt mer hensiktsmessig nivå. Kommunene skal få større innflytelse på spesialisthelsetjenestens aktivitet og økonomi gjennom medfinansiering. Disse tiltakene bygger på en forutsetning om at befolkningen kan bli friskere, og at kommunene leverer rimeligere helsetjenester enn spesialisthelsetjenesten.

Spørsmålet om i hvilken grad samhandlingsreformen vil bidra til å sikre samfunnets økonomiske bæreevne slik at nasjonen blir i stand til å tilby befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester er komplekst. Det er i denne studien argumentert for at kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil bidra til bedre og rimeligere pasientforløp for denne pasientgruppen. Det er også argumentert for at kommunal medfinansiering slik den er planlagt ikke vil virke som et insentiv til at kommunene etablerer alternative behandlingstilbud. Det er likevel hevdet at kommunene vil søke å møte denne oppgaven til tross for manglende finansiering. Vi kan derfor forvente at det blir en ny oppgavefordeling mellom staten og kommunene, og at det vil få konsekvenser for kostnadsutviklingen på sikt.

Det vil bli etablert nye samarbeidsarenaer og arbeidet med pasientforløp. Det er rimelig å anta at selve samhandlingsarbeidet på sikt vil bidra til mer helhetlige pasientforløp. Spørsmålet om bærekraftig økonomi må derfor ikke bare ses i relasjon til framtidig finansiering og insentivordninger, men også ses i forhold til om det er sannsynlig at pasientforløp og samarbeid mellom aktørene vil føre til mer hensiktsmessig ressursbruk. Helhetlige beslutningssystemer og gode pasientforløp vil bli viktige virkemidler for å redusere kostnadene.

Det er her hevdet at samhandlingsreformen vil føre til mer helhetlige pasientforløp og bedre samarbeid mellom aktørene. Det helsepolitiske målet om bærekraftig økonomi har sammenheng både med målet om å begrense og forebygge sykdom, og målet om bedre koordinerte tjenester. I den grad samhandlingsreformen lykkes med å nå disse to målene, vil vi også lykkes med målet om en mer bærekraftig økonomi.

6 Konklusjon

Samhandlingsreformen er foran beskrevet både som en retningsreform og en forvaltningsreform. Det er argumentert for at samhandlingsreformens virkemidler langt på vei vil føre til at de helsepolitiske mål vil nås. Framtidens helsetjeneste vil ta en ny retning. Den nye oppgavefordelingen mellom stat og kommune fører til mer omfattende oppgaver for kommunene, men vil samtidig bidra til styrking av kommunene. De nye lovene og forskriftene som er vedtatt forventes i sterk grad å bidra til regulering av de nye oppgaveløsningene.

Samhandlingsreformen er på mange måter en dristig reform. Den har klare helsepolitiske mål knyttet til pasientbehandling, folkehelse og økonomisk bærekraft. Den skisserer svært mange virkemidler og tiltak. De fem hovedgrepene innebærer reelle endringer i roller og oppgaver. Det er forståelig at samhandlingsreformen for mange kan se ut som et kaos av virkemidler og tiltak. Med utgangspunktet i dette kaotiske bildet kan en også forstå at det er vanskelig å forutse virkningene for framtidens helsetjeneste. Denne studien har hatt som siktemål å skape et overblikk over reformen.

I arbeidet med planlegging og implementering av samhandlingsreformen er det stort fokus på løsning av de nye oppgavene og den formelle reguleringen av roller og ansvar gjennom lover, forskrifter og avtaler. Denne nye rolledelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten oppleves av mange som dristig i seg selv. Med grunnlag i denne studiens behandling av de fem hovedgrepene vil jeg likevel hevde at det er ambisjonene for å tenke nytt om framtidens helsetjeneste som er det mest dristige i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen legger føringer for en ny pasientrolle. Det får følger for helsepersonellens rolle og arbeidsform. For å møte kravet til koordinerte tjenester og pasientforløpstankgangen må helsepersonellet tenke nytt og utfordre sin tradisjonelle rolle. Samhandlingsreformen bygger på en grunnleggende verdi om den enkelte persons verd og evne til å ta ansvar for egne valg og eget liv. Selv om ikke alle pasienter er i stand til å ta dette ansvaret så innebærer dette et viktig skifte i pasientens posisjon i forhold til helsepersonellet og helsetjenesten. Det er dristig at samhandlingsreformen også utfordrer det tradisjonelle rollemønsteret og verdisynet i helsetjenesten. Det er dette som gjør samhandlingsreformen til mye mer enn en forvaltningsreform.

Samhandlingsreformen omhandler mange områder og oppgaver som det har vært liten plass til i denne oppgaven. Utvikling og implementering av IKT-løsninger kommer til å få stor betydning for gode pasientforløp. Elektronisk meldingsutveksling, telemedisin og digitale kommunikasjonsløsninger kommer til å redusere både pasienter og helsepersonells reisetid. Diagnostikk og behandling vil i større grad kunne gjøres der pasienten bor. De tekniske løsningene vil føre til at helsepersonellet må arbeide på nye måter. Det vil etableres nye arbeidsprosesser. Framtidens helsetjeneste vil skape behov for ny retning i helsefagsutdanningene. Framtidens leger, sykepleiere og annet helsepersonell må ha kompetanse i samhandling. Kunnskapsgrunnlaget må forankres i pasientforløptankegang og mindre i de enkelte delene. En kan si at samhandlingsreformen utfordrer helsepersonellens tradisjonelle rollemønstre og tankesett. Å skape felles målforståelse mellom forvaltningsnivåene er nevnt som en særskilt helsepolitisk utfordring. Slik endring tar tid. Kravet til endring av helsepersonellens arbeidsform og tankesett gjør også samhandlingsreformen til en dristig reform.

Samhandlingsreformen kommer til å forme framtidens helsetjeneste. De helsepolitiske målene vil stå som tydelige fyrtårn som vi kan styre etter. I denne studien har jeg sett på samhandlingsreformen som en helhetlig reform. Jeg har prøvd å løfte blikket over det som framstår som et kaos av virkemidler og tiltak. Gjennom denne tilnærmingen har jeg prøvd å få fram at samhandlingsreformen er langt mer enn flytting av deler av pasientbehandlingen fra sykehus til kommune og nye finansieringsordninger. Samhandlingsreformen handler om å tenke nytt og å gjøre tingene på en ny måte. Dette utfordrer både verdigrunnlag og tankesett i befolkningen, hos pasienter og hos helsepersonell.

Litteraturliste

- Berg, O. (2010) Undervisning og notater ved det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon, UiO.
- Den norske legeforening (2011) "Legeforeningens etiske regler for leger", <http://www.legeforeningen.no/id/485.1> [20.10.2011].
- Folkehelseloven (2011) Lov om folkehelsearbeid. [LOV-2011-06-24-29](http://lovdata.no/lov/2011-06-24-29).
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998) FOR 1998-12-16 nr 1447: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19981216-1447.html> [12.10.2011].
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter – iverksetting av endringer i forskriften og endret døgnpris (2002) Rundskriv 19.12.2002 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/u-132002.html?id=109084>
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) (2000) [2000.12.01 nr 1208: http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html) [20.10.2011].
- Gulbrandsen P. (2000) "Styrking – det rette norske begrep for empowerment?" I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 2330 <http://tidsskriftet.no/article/150835> [20.10.2011].
- Hagen, T. P. og R. J. Sørensen (2006) *Kommunal organisering, effektivitet styring og demokrati*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen T. P. (2010-2011) Undervisning og notater ved det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon, UiO.
- Hallingforsk (2011) *Hallingforsk nettside*. <http://www.hallingforsk.no/> [02.11.2011].
- Helsedirektoratet (2011) *Helsedirektoratets nettside. Prioriteringsveilederne*. http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/riktigere_prioritering/ [20.10.2011].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter – iverksetting av endringer i forskriften og endret døgnpris* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2002/u-132002.html?id=109084#> [12.10.2011].
- Helse- og omsorgsdepartementet. *St.meld. nr. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid"*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Høringsnotat. Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester*.

- http://www.regjeringen.no/pages/16779064/hoeringsnotat_samhandlingsreform.pdf [04.07.2011].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpaalagte-samarb.html?id=661886 [05.10.2011].
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [LOV-2011-06-24-30](#).
- Helse Sør-Øst RHF (2011) *Styresak nr. 003-2011 i Helse Sør-Øst RHF*. www.helse-sorost.no [22.10.2011].
- Iversen T. (1996) "Å prioritere kan være så mangt". I: *Måltrettet mangfold*. Universitet i Oslo, 49-61.
- Iversen T. (1997) "Om sammenhenger mellom finansiering og prioritering i helsesektoren", I: *NOU 1997: 18 (1997) "Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste"*. Vedlegg 3.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956> [20.10.2011].
- Kjekshus, L. E. (2005) "Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? – Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt?" I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 21, 53-76.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982) Lov om helsetjenesten i kommunene. [LOV-1982-11-19-66](#).
- Magnussen J. (2010-2011) Undervisning og notater ved det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon, UiO.
- Meld.St..16 (2010-2011) Melding til Stortinget. "Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)".
- Mintzberg, H. (1989) *Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press.
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering (2011) *Rådets nettside. Mandat og saker*.
<http://www.kvalitetogprioritering.no/> [20.10.2011]
- Norsk sykepleierforbund (2011) "Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere". <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/etikk> [20.10.2011]
- NOU 1998: 18 (1998) "Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene".
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18.html?id=141324> [20.10.2011]
- Ot.Prop.nr.66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Helsedepartementet, Statens forvaltningstjeneste, statens trykning.

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-2.html?id=165012#> [15.10.2011]
- Pasientrettighetsloven (1999) Lov om pasientrettigheter. [LOV-1999-07-02-63](#).
- Prop.90 L (2010-2011) ”Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)”.
- Prop.91 L (2010-2011) ” Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)”.
- Prop. 1 S, Proposisjon til Stortinget. For budsjettåret 2012, Statsbudsjettet. (2011) www.statsbudsjettet.no/statsbudsjettet-2012/ [15.10.2011]
- Prop. 115 S (2010-2011) ”Kommuneproposisjonen 2012”
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-115-s-2010-2011-2.html?id=645791#> [1.10.2011]
- Sosial- og helsedirektoratet (2008) ”Notat om ”Innsatsstyrt finansiering for spesialisthelsetjenesten – vurderinger og tiltak”, 08/2008
<http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Innsatsstyrt+finansiering+av+spesialisthelsetjenesten+-+vurdering+og+tiltak.12251.cms> [22.10.2011]
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [LOV-1999-07-02-61](#).
- Sørensen M. et al. (2002) ””Empowerment” i helsefremmende arbeid”. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2379-83.<http://tidsskriftet.no/article/606714> [09.10.2011]
- Sørensen M. S. Graff-Iversen (2001) ”Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?”. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 720-4. <http://tidsskriftet.no/article/279435> [20.10.2011]
- Tjora, A. (2004) ”Den digitale pasient”. I: *Helse – Medisin – Teknikk*, 6, 26-30. http://ntnu-no.academia.edu/AkselTjora/Papers/495587/Den_digitale_pasient [19.10.2011]
- Vestre Viken HF (2011) Vestre Viken HFs nettside. Styret. www.vestreviken.no [15.10.2011]
- Wikipedia (2011) *Informasjon om kommuner*.
http://no.wikipedia.org/wiki/Norges_kommuner [09.10.2011].
- World Health Organisation (2011) Verdens helseorganisasjons hjemmeside. Health promotion. Ottawa Charter.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> [20.10.2011].